**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program pemerintah yang memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Jaminan Sosial yang diselenggarakan oleh BPJS, yaitu terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Terbentuknya kedua BPJS tersebut, maka jangkauan kepesertaan program jaminan sosial akan diperluas secara bertahap.

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 menyebutkan bahwa kepesertaan JKN ini bersifat wajib (*mandatory*) dan dilakukan secara bertahap sehingga kelak dapat menjangkau seluruh penduduk. Tahap pertama yang telah dimulai sejak 1 Januari 2014, yang menjadi peserta JKN adalah PBI jaminan kesehatan, PNS/TNI/POLRI dan keluarganya, peserta ASKES dan keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan perusahaan JAMSOSTEK beserta keluarganya. Pada tahap kedua, yang belum masuk sebagai peserta JKN, maka paling lambat 1 Januari 2019 seluruh masyarakat Indonesia dapat terjangkau dan masuk sebagai peserta.

Organisasi internasional seperti *International Labour Organization* (ILO) dan *World Health Organization* (WHO) mendorong terselenggaranya jaminan sosial untuk semua orang (*Universal Health Coverage).* Itulah satu- satunya cara agar semua orang mampu memenuhi kebutuhan dasar mereka. Kebutuhan dasar yang dimaksud adalah kebutuhan dasar kesehatan, kebutuhan dasar ini berbeda dengan kebutuhan dasar lainnya karena sifat ketidakpastian *(uncertainly)* yang tidak bisa diukur sama untuk semua orang (Thabrany, 2014).

Peserta program JKN-KIS yang diselenggarakan melalui BPJS Kesehatan sampai pada tanggal 31 januari 2020 tercatat sebanyak 223.238.892 jiwa dari total populasi penduduk Indonesia atau hampir 90% lebih rakyat Indonesia sudah mengikuti program JKN. Namun, pada kenyataannya jumlah peserta JKN yang ditargetkan oleh BPJS Kesehatan saat ini masih belum mencapai target (BPJS Kesehatan, 2020).

Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan untuk Kedeputian Wilayah Jawa Timur, jumlah total penduduk sebanyak 40.706.075 jiwa dan yang sudah tercatat sebagai peserta program JKN-KIS adalah sebanyak 30.106.971 jiwa dan yang belum tercatat adalah sebanyak 10.599.104 jiwa dengan persentase untuk wilayah Jawa Timur sebesar 73.96%.

Selanjutnya, di petakan kembali berdasarkan Kota dan Kabupaten dan berdasarkan segmen PBPU (Peserta Bukan Penerima Upah). Peserta dengan segmen PBPU yang tercatat adalah sebanyak 181.990 jiwa.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Malang pada bulan Maret tahun 2020, jumlah total penduduk di Kota Malang adalah sebanyak 856.620 jiwa dan yang sudah terdaftar sebagai peserta program JKN-KIS adalah sebanyak 93.14% jiwa sedangkan yang belum terdaftar adalah sebanyak 58.730 jiwa dengan persentase sebesar 6,86 % sehingga ada gap antara peserta yang sudah terdaftar dan belum terdaftar dalam pencapaian UHC Kota Malang.

Dari data tersebut seharusnya capaian kepesertaan Pekerja Bukan Penerima Upah bisa lebih ditingkatkan lagi sehingga dapat mencapai target *Universal Health Covarage* Kota Malang dengan identifikasi dan intervensi yang tepat.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi *demand* (permintaan) terhadap asuransi kesehatan. Salah satu asuransi kesehatan adalah keikutsertaan masyarakat dalam kepesertaan BPJS Mandiri. Faktor-faktor yang memengaruhi permintaan terhadap asuransi kesehatan menurut Feldstein (2005) antara lain bagaimana seseorang menghindari risiko, kemungkinan suatu peristiwa terjadi, besarnya kerugian, harga asuransi, pengetahuan, sikap, jarak pelayanan, sosialisasi dan pembiayaan atau pendapatan seseorang.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Melinda (2016) menunjukan bahwa faktor yang berhubungan dengan minat masyarakat dalam keikutsertaan BPJS mandiri adalah sikap, persepsi, dan dukungan orang terdekat. Hasil penelitian yang dilakukan Lubis (2016) menunjukkan ada pengaruh penghindaran risiko, harga asuransi dan pendapatan terhadap demand masyarakat menjadi peserta BPJS PBPU.

Penelitian Amelta (2016) mengenai *Demand* Masyarakat menjadi Peserta Mandiri Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Kota Medan Tahun 2016 menunjukan bahwa masyarakat tidak mempermasalahkan iuran yang harus dibayar oleh peserta, karena peserta dapat memilih kelas. Namun, peserta merasa kesulitan terhadap persyaratan administrasi dan peserta harus datang sendiri untuk mendaftar tidak boleh diwakilkan.

Pencapaian *universal health coverage* melalui program JKN diharapkan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Hal ini dapat tercapai apabila semua masyarakat mendaftarkan diri menjadi peserta JKN-KIS, khususnya bagi masyarakat yang tidak masuk sebagai peserta JKN PBI maupun peserta JKN non PBI atau PPU. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang dimungkinkan dapat mempengaruhi masyarakat untuk mendaftarkan diri sebagai peserta JKN-KIS. (BPJS Kesehatan, 2019).

Berdasarkan uraian dan latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keikutsertaan Program JKN-KIS Di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang (Study Kasus pada Peserta Bukan Penerima Upah)”.

1. **Batasan Dan Rumusan Masalah**

 Berdasarkan fokus masalah, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan keikutsertaan Program JKN-KIS (*Study peserta PBPU*) di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang?”

1. **Tujuan Penelitian**
2. **Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian yang dilakukan adalah untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan Keikutsertaan Program JKN-KIS Di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang.

1. **Tujuan Khusus**
2. Mengidentifikasi jumlah keluarga terhadap Keikutsertaan Program JKN-KIS Di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang.
3. Mengidentifikasi pendapatan keluarga terhadap Keikutsertaan Program JKN-KIS Di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang.
4. Menganalis hubungan jumlah keluarga dan pendapatan keluarga dengan Keikutsertaan Program JKN-KIS Di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang.
5. **Manfaat Penelitian**
6. **Manfaat Teoritis**
	1. **Bagi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran secara teoritis dan dapat digunakan sebagai bahan masukan dan tambahan di Perpustakaan sehingga dapat dimanfaatkan oleh seluruh mahasiswa di lingkungan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit.

1. **Manfaat Praktis**
	1. **Bagi Kepala BPJS Kesehatan Cabang Malang**

Penelitian ini diharapkan bisa menjadi sumber masukan bagi kepala BPJS Kesehatan Cabang Malang dalam membuat kebijakan terkait kepesertaan BPJS kesehatan sehingga keikutsertaan masyarakat untuk ikut serta sebagai peserta JKN-KIS yang diselenggarakan melalui BPJS Kesehatan semakin meningkat.

* 1. **Bagi Masyarakat**

Penelitian ini diharapkan bisa menjadi sumber informasi dan menambah pengetahuan dan minat masyarakat terutama berkaitan dengan keikutsertaan sebagai peserta JKN-KIS di Wilayah Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang.

**BAB 2**

**KAJIAN PUSTAKA**

1. **Tinjauan Umum Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**
	* + 1. **Definisi**

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah salah satu bagian tak terpisahkan dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dijalankan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang wajib dilaksanakan oleh seluruh masyarakat indonesia. Landasan Undang-Undang No. 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang.

Jaminan kesehatan nasoinal 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 dibayar oleh pemerintah (Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013).

* + - 1. **Manfaat**

Manfaat jaminan kesehatan nasional terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat jaminan kesehatan nasional

mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan sebagai berikut :

* 1. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
	2. Imunisasi dasar, meliputi *Baccile Calmett Guerin* (BCG), difteri pertusis tetanus dan hepatitis B (DPTHB), polio, dan campak.
	3. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrapsepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.
	4. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh pemerintah dan/atau pemerintah daerah.
	5. Skrining kesehatan, diberikan secara kolektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit (Buku Pegangan Sosialisasi JKN).
		+ 1. **Mekanisme**
1. Asuransi Sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari pemerintah, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU SJSN No. 40 Tahun 2004).
2. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Ketenagakerjaan.
3. Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat indonesia agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yaitu proteksi.
	* + 1. **Prinsip**

Jaminan kesehatan nasional mengacu kepada prinsip-prinsip sistem jaminan nasional berikut:

1. Prinsip Kegotong Royongan

Gotong royong sesungguhnya sudah menjadi semboyan dalam hidup bermasyarakat di Indonesia, ini juga merupakan salahsatu inti kebudayaan Indonesia. Dalam SJSN, Prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mamapu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau berisiko tinggi. Hal initerwujud karena Kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh masyarakat, tanpa melihat status sosial. Dengan demikian, melalui prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh bangsa indonesia seperti yang termaktub dalam pancasila sila ke-5.

1. Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS adalah nirlaba atau bukan mencari untung (laba). Semestinya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan seluruh peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat saat menjadi peserta dan iuran perbulan adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan dimanfaatkan sebesar-besranya untuk kepentingan seluruh peserta.

1. Prinsip Transparansi Manajemen

Prinsip Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, Efisiensi dan efektifitas adalah prinsip-prinsip yang mendasari seluruh kegiatan manajemen dan pengelolaan dana yang ada.

1. Prinsip Portabilitas

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

1. Prinsip Kepesertaan sebagai Kewajiban

Kepesertaan wajib bertujuan agar seluruh lapisan masyarakat dapat menjadi peserta. Meskipun kepesertaannya bersifat wajib, penerapannya tetap disesuaikan dengan program pemerintahserta kelayakan penyelenggaraan program. Pentahapannya sebagai berikut:

Tahap pertama mulai tanggal 1 Januari 2014, paling sedikit meliputi :

1. PBI (Penerima Bantuan Iuran) Jaminan Kesehatan
2. Anggota TNI/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya
3. Anggota Polri/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Polri dan anggota keluarganya
4. Peserta asuransi kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES) dan anggota keluarganya
5. Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) dan anggota keluarganya

Tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

1. Prinsip Dana Amanat

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

1. Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Prinsip ini menyatakan agar hasil dari Dana Amanat dan Dana Pengembangan Program yang dikumpulkan adalah sebesar-besarnya dipergunakan untuk kesejahteraan peserta.

1. **Kepesertaan**

Kepesertaan jaminan kesehatan nasional bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk. Pentahapan kepesertaan jaminan kesehatan dilakukan 2 tahap. Tahap pertama mulai tanggal 1 januari 2014, paling sedikit meliputi PBI jaminan kesehatan, anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya, anggota POLRI/PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya, peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) dan anggota keluarganya, dan peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja) dan anggota keluarganya. Tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019 (Buku Pegangan Sosialisasi JKN).

Peserta jaminan kesehatan nasional. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar pemerintah. Peserta jaminan kesehatan meliputi:

1. PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu (Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013).
2. Peserta bukan PBI jaminan kesehatan merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016).
3. **Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)**

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah sistem yang dijalankan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yakni sebuah sistem gotong royong untuk kesehatan seluruh rakyat Indonesia. SJSN merupakan sistem asuransi sosial yang diwajibkan bagi seluruh masyarakat Indonesia dan warga asing yang bekerja lebih dari enam bulan di Indonesia. Dasar hukum pelaksanaan SJSN ini adalah:

* 1. UUD tahun 1945 dan amandemen perubahannya tahun 2002, Pasal (5), Pasal (20), Pasal (28), dan Pasal (34)
	2. Deklarasi HAM PBB atau Universal Declaration of Human Rights tahun 1948 dan Konvensi ILO No. 102 Tahun 1952
	3. TAP MPR RI No. X/MPR/2001 yang menugaskan kepada Presiden RI untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional, dan
	4. UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN.

SJSN dibuat sesuai dengan “Paradigma Tiga Pilar” yang direkomendasikan oleh International Labour Organisation (ILO). Ketiga pilar tersebut adalah:

1. Program bantuan sosial untuk anggota masyarakat yang tidak mempunyai sumber keuangan atau akses terhadap pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan pokoknya, seperti anggota masyarakat yang terbukti mempunyai kebutuhan mendesak, ada terjadi bencana alam, konflik sosial, menderita penyakit,atau kehilangan pekerjaan. Dana bantuan ini diambil dari APBN dan dari dana masyarakat setempat.
2. Program asuransi sosial yang bersifat wajib. Program ini dibiayai oleh iuran yang ditarik dari perusahaan dan pekerja sebesar iuran yang ditetapkan berdasarkan tingkat pendapatan/gaji berdasarkan suatu standar hidp minimum yang berlaku di masyarakat.
3. Asuransi yang ditawarkan oleh sektor swasta secara sukarela, yang dapat dibeli oleh peserta apabila mereka ingin mendapat perlindungan sosial lebih tinggi daripada jaminan sosial yang mereka peroleh dari iuran program asuransi sosial wajib. Oleh karena itu, maka iurannya berbeda menurut analisis resiko setiap peserta.

Tolak ukur yang menjadikan SJSN telah berhasil dilaksanakan oleh BPJS dapat dilihat dari jumlah kepesertaannya. BPJS sudah menetapkan pada tahun 2015 terdapat 80.10% masyarakat Indonesia yang ikut dalam program SJSN. Target lebih tinggi yang di rencanakan oleh BPJS pada tahun 2017 sebesar 90 % rakyat Indonesia sudah mengikuti program SJSN. Walaupun dalam pelaksanaannya oleh pemerintah dilakukan secara bertahap hingga tahun 2019 ditargetkan seluruh warga di Indonesia akan bergabung kedalam SJSN. Keberhasilan ini menjadi tanggung jawab bersama bagi seluruh masyarakat Indonesia.

1. **Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**
	* + 1. **Pengertian**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah suatu badan penyelenggaraan Jaminan yang dibentuk pemerintah untuk memberikan jaminan kesehatan untuk masyarakat dan seluruh warga Indonesia BPJS kesehatan akan menjadi solusi kesehatan bagi masyarakat karena berbagai manfaat dan fasilitasnya. Manfaat yang didapat oleh peserta BPJS kesehatan mencakup pelayanan,pencegahan,pengobatan termasuk pelayanan obat dan bahan habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis ( Hamizan, 2015).

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan serta dibawah koordinasi langsung oleh pemerintah dalam mengelola jaminan kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia (Adaninggar, 2014).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Jaminan sosial yang diselenggarakan oleh BPJS, yaitu terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011).

Undang-Undang No. 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dalam Undang Undang ini mengatur perihal:

1. Badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Pasal 1 angka 6)

2. Badan hukum nirlaba (Pasal 4 dan Penjelasan Umum )

Pembentukan dengan Undang-Undang (pasal 5 Ayat 1), BPJS sebagai pengelola Jaminan Sosial Nasional. Pada UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Pasal 5 mengatakan bahwa BPJS yang di bentuk Undang-Undang ini terdiri dsari BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan. Sedangkan pada Pasal 6 dijelaskan bahwa, BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian dan BPJS Kesehatan menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.

* + - 1. **Fungsi, Tugas dan Wewenang**

Fungsi badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan yaitu menyelenggarakan program jaminan kesehatan, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun, dan jaminan hari tua (Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011).

Tugas badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan terdiri dari :

a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;

b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;

c. Menerima bantuan iuran dari pemerintah;

d. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta;

e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;

f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan

g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat (Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011).

Wewenang badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan memiliki beberapa wewenang yang terdiri dari :

a. Menagih pembayaran iuran;

b. Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehatihatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;

c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;

d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah;

e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;

f. Mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;

 g. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan

h. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial (Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011).

* + - 1. **Hak dan Kewajiban**

Hak badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan memiliki beberapa hak yang terdiri dari :

a. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari dana jaminan sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan

b. Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan (Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011).

Kewajiban badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan memiliki beberapa kewajiban yang terdiri dari :

a. Memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta;

b. Mengembangkan aset dana jaminan sosial dan aset BPJS untuk sebesar- besarnya kepentingan peserta;

c. Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;

d. Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan undang-undang tentang sistem jaminan sosial nasional;

e. Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;

f. Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;

g. Memberikan informasi kepada peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;

h. Memberikan informasi kepada peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;

i. Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuaria yang lazim dan berlaku umum;

j. Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan jaminan sosial; dan

k. Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN (Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011).

* + - 1. **Asas dan Prinsip**

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas :

a. Kemanusiaan (Asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia).

b. Manfaat (Asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif).

c. Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (Asas yang bersifat idiil) (Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011).

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip:

a. Kegotongroyongan, yakni prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya.

b. Nirlaba, yakni prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.

c. Keterbukaan, yakni prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

d. Kehati-hatian, yakni prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

e. Akuntabilitas, yakni prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggung jawabkan.

f. Portabilitas, yakni prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dimana Wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

g. Kepesertaan bersifat wajib, yakni prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

h. Dana amanat, bahwa iuran dan hasil pengembangan merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.

i. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta (Undang- Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011).

1. **Peserta BPJS Kesehatan Mandiri (PBPU)**
	* + 1. **Definisi**

Berdasarkan Buku Pegangan Sosialisasi JKN dan BPJS Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional Tahun 2013 menjelaskan mengenai kepesertaan BPJS Kesehatan bahwa peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.

Peserta mandiri yaitu seluruh masyarakat yang termasuk dalam golongan peserta bukan PBI . Peserta bukan PBI merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu (PBI) yang terdiri atas :

1. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya :

a. PNS;

b. Anggota TNI;

c. Anggota Polri;

d. Pejabat Negara;

e. Pimpinan dan anggota DPRD;

f. Pegawai pemerintah non pegawai negeri;

g. Pegawai swasta; dan

h. Pekerja yang tidak termasuk huruf a'sampai dengan huruf g yang menerima upah.

* + - 1. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya :

a. Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri; dan

b. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah.

3. Bukan pekerja dan anggota keluarganya :

a. Investor;

b. Pemberi kerja;

c. Penerima pensiun;

d. Veteran;

e. Perintis kemerdekaan;

f. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan; dan

g. Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.

Penerima pensiun yang dimaksud terdiri atas:

a. PNS yang berhenti dengan hak pensiun;

b. Anggota TNI dan anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;

c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;

d. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c yang mendapat hak pensiun;

e. Penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan

f. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf e yang mendapat hak pensiun (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016).

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2018, setiap pekerja bukan penerima upah wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya secara sendiri-sendiri atau berkelompok sebagai peserta jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran. Anggota keluarganya meliputi istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, ayah, ibu, dan mertua serta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas). Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah dengan kriteria:

a. tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri;

b. belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

1. **Iuran**

Iuran adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta BPJS. Iuran bagi peserta mandiri dan bagi kerabat lainnya (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dan lain-lain.) adalah sebesar:

Iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP yaitu sebesar:

* + - * 1. Rp25.5OO,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III;
				2. Rp51.000,00 (lima puluh satu satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II; atau
				3. Rp 80.000,00 (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

Besaran Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2020. (Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018)

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 keterlambatan pembayaran iuran jaminan kesehatan dari 1 (satu) bulan sejak tanggal 10, maka penjaminan peserta dihentikan sementara. Pemberhentian sementara penjaminan peserta berakhir dan status peserta aktif kembali apabila, peserta membayar iuran bulan tertunggak paling banyak untuk waktu 24 (dua puluh empat) bulan atau 2 (satu) tahun dan peserta membayar iuran pada bulan saat peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan.

Pada waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali, wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan untuk setiap pelayanan kesehatan rawat inap yang diperolehnya. Denda yang dikenakan sebesar 2,5% dari biaya pelayanan kesehatan untuk setiap bulan yang tertunggak bila, jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan dan besar denda paling tinggi Rp. 30.000.000,00 (tiga puluh juta rupiah)

1. **Konsep Perilaku**
	* + 1. **Definisi**

Perilaku kesehatan merupakan segala aktifitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati secara langsung *(observable)* maupun yang tidak dapat diamati secara langsung oleh orang lain *(unobservable)* yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Oleh sebab itu perilaku kesehatan ini pada garis besarnya dikelompokan menjadi dua, yaitu: perilaku sehat *(Health Behavior)* yang merupakan perilaku orang sehat agar tetap sehat atau kesehatannya meningkat dan perilaku pencarian kesehatan *(Health Seeking Behavior)* merupakan perilaku orang yang sakit dan telah terkena masalah kesehatan untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya (Notoatmodjo, 2014)

Menurut Skinner seorang ahli psikologis (1938), seperti yang dikutip Notoatmodjo (2012) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar), oleh karena perilaku itu terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespons. Respons dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. *Respondent respons* atau *reflexive*, yaitu respons yang timbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Misalnya cahaya terang menyebabkan mata tertutup. Respons ini mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih.
2. *Operant respons* atau *instrumental respons*, yaitu respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Misalnya apabila petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya, maka petugas kesehatan tersebut lebih baik dalam melaksanakan tugasnya.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Perilaku tertutup, yaitu respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum diamati secara jelas oleh orang lain.
2. Perilaku terbuka, yaitu respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati dan dilihat oleh orang lain (Notoatmodjo, 2012).

Menurut teori Lawrance Green dan kawan-kawan (1980) menyatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang mencakup pengetahuan, sikap dan sebagainya. Faktor lain mencakup pengetahuan dan sikap seseorang terhadap kesehatan tradisi dan kepercayaan seseorang terhadap hal-hal yang terkait dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut seseorang tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.
2. Faktor pemungkin (*enabling factor*), yang mencakup lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana keselamatan kerja. Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan, berbagai bentuk media massa seperti: radio, televisi, majalah dan penyuluhan mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan seseorang. Sehingga semakin banyak menerima informasi dari berbagai sumber maka akan meningkatkan pengetahuan seseorang sehingga berperilaku ke arah yang baik
3. Faktor penguat (*reinforcement factor*), faktor-faktor ini meliputi undang-undang, peraturan-peraturan, pengawasan, tokoh agama dan sebagainya (Notoatmodjo, 2014).
	* + 1. **Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku**

Menurut Notoatmodjo (2012) faktor yang mempengaruhi perilaku adalah:

1. **Faktor intrinsik**
2. Usia

Semakin bertambahnya usia, pengalaman hidupnya juga semakin banyak, maka diharapkan dengan pengalaman yang dimiliki perilaku orang tersebut juga akan positif.

Usia manusia dapat dibagi menjadi beberapa rentang atau kelompok dimana masing-masing kelompok menggambarkan tahap pertumbuhan manusia tersebut. Salah satu pembagian kelompok usia atau kategori usia dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI (2009) dalam situs resminya yaitu depkes.go.id sebagai berikut:

1. Masa balita = 0 – 5 tahun

2. Masa kanak-kanak = 6 – 11 tahun

3. Masa remaja Awal = 12 – 16 tahun

4. Masa remaja Akhir = 17 – 25 tahun

5. Masa dewasa Awal = 26 – 35 tahun

6. Masa dewasa Akhir = 36 – 45 tahun

7. Masa Lansia Awal = 46 – 55 tahun

8. Masa Lansia Akhir = 56 – 65 tahun

9. Masa Manula = 65 – atas

1. Intelegensi

Seseorang dengan intelegensi tinggi akan lebih cepat untuk menerima informasi

1. Tingkat emosional

Seseorang yang sedang dalam keadaan emosi cenderung tidak terkontrol sehingga akan mempengaruhi perilakunya

1. **Faktor Ekstrinsik**
2. Lingkungan

Seseorang yang bergaul dengan lingkungan orang-orang yang mempunyai pengetahuan tinggi maka akan secara langsung atau tidak langsung pengetahuan yang dimiliki akan bertambah, dan perilakunya akan lebih baik.

1. Pendidikan

Orang yang memiliki pendidikan yang tinggi cenderung memiliki perilaku yang otomatis positif Karena sebelum melakukan sesuatu orang tersebut pasti akan berpikir secara matang dan dapat tahu apa akibat yang akan ditimbulkan.

1. Sosial Ekonomi

Keadaan sosial ekonomi sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang.

1. Kebudayaan

Kebudayaan merupakan suatu hasil berinteraksi antar manusia dalam wilayah tertentu, sehingga orang tinggal di wilayah itu perilakunya sedikit semi sedikit akan menyesuaikan sesuai dengan kebudayaan di wilayah tersebut.

1. **Konsep Jumlah Keluarga**

Jumlah anggota keluarga sangat menentukan jumlah kebutuhan keluarga. Semakin banyak anggota keluarga berarti semakin banyak pula jumlah kebutuhan keluarga yang harus dipenuhi.Begitu pula sebaliknya, semakin sedikit anggota keluarga berarti semakin sedikit pula kebutuhan yang harus dipenuhi keluarga. Sehingga dalam keluarga yang jumlah anggotanya banyak, akan diikuti oleh banyaknya kebutuhan yang harus dipenuhi. Semakin besar ukuran rumahtangga berarti semakin banyak anggota rumah tangga yang pada akhirnya akan semakin berat beban rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Demikian pula jumlah anak yang tertanggung dalam keluarga dan anggota-anggota keluarga yang cacat maupun lanjut usia akan berdampak pada besar kecilnya pengeluaran suatu keluarga. Mereka tidak bisa menanggung biaya hidupnya sendiri sehingga mereka bergantung pada kepala keluarga dan istrinya. Anak-anak yang belum dewasa perlu di bantu biaya pendidikan, kesehatan, dan biaya hidup lainnya. Menurut Mantra (2003) yang termasuk jumlah anggota keluarga adalah seluruh jumlah anggota keluarga rumah tangga yang tinggal dan makan dari satu dapur dengan kelompok penduduk yang sudah termasuk dalam kelompok tenaga kerja.

1. **Konsep Pendapatan Keluarga**

Tingkat kesejahteraan keluarga diukur dari tingkat pendapatan. Tingkat pendapatan yang tinggi memberi peluang lebih tinggi bagi keluarga dalam memilih bahan pangan baik jumlah maupun jenisnya. Pendapatan merupakan imbalan yang diterima oleh seseorang dari pekerjaan yang dilakukannya untuk mencari nafkah dalam bentuk uang. Pendapatan yang diukur biasanya bukan hanya pendapatan yang diterima oleh seorang individu, tetapi diukur semua pendapatan yang diterima oleh semua anggota keluarga dimana konsumen berada. Jumlah pendapatan keluarga dapat mempengaruhi ketersediaan pangan disebuah keluarga, karena pendapatan akan memenuhi kebutuhan pangan sesuai dengan daya belinya.

Menurut Soekirman (1994), secara teoritis terdapat hubungan positif antar pendapatan dengan permintaan pangan. Semakin tinggi pendapatan rumah tangga maka semain tinggi daya beli keluarga tersebut terhadap pangan. Hal ini membawa pengaruh terhadap semakin beragam dan banyaknya jumlah pangan yang dikonsumsi. Konsumsi makanan baik jumlah maupun mutunya dipengaruhi oleh pendapatan keluarga.

1. **Konsep Keterkaitan Variabel**

Berdasarkan penelitian Yusri (2019) dalam Jurnal Manajemen Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar tentang Analisis Kepesertaan Mandiri BPJS Kesehatan Di Sektor Informal Tahun 2019 menjelaskan bahwa karakteristik responden berdasarkan Karakteristik umur yang paling banyak adalah kategori 1pendapatan <Rp. 2.900.000 kategori kurang yaitu 68 orang (59,6%) sedangkan responden dengan pendapatan >Rp. 2.900.000 kategori cukup.

Penelitian Pohan (2018) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan masyarakat dalam kepesertaan BPJS mandiri di wilayah kerja puskesmas kotapinang menjelaskan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 100 responden di wilayah kerja Puskesmas Kotapinang diketahui berdasarkan karakterisktik jenis kelamin menunjukkan bahwa terdapat 47 responden laki-laki (47%) dan 53 responden perempuan (53%). Dan berdasarkan kemampuan membayar untuk kelas rawat BPJS Mandiri diketahui iuran yang mampu dibayar sebesar Rp.25.500 sebanyak 15 responden yang terdiri dari 11 responden (73,3%) adalah peserta BPJS Mandiri dan 4 responden (26,7%) tidak peserta BPJS Mandiri, hanya terdapat 2 responden (100,0%) yang mampu membayar iuran sebesar Rp.51.000 yang merupakan tidak peserta BPJS Mandiri, dan hanya ada 1 responden (100,0%) yang merupakan tidak peserta BPJS Mandiri yang mampu membayar iuran sebesar Rp.80.000.

1. **Kerangka Konseptual**

Faktor yang mempengaruhi perilaku masyarakat menurut Lawrence Green

Pengetahuan

Sikap

Karakteristik responden

* Pendidikan
* Pekerjaan
* Sosial ekonomi
* Status pernikahan
* Usia
* Jenis Kelamin

Faktor Predisposisi

* **Pendapatan**
* **Jumlah keluarga**

Faktor Pemungkin :

* Promosi kesehatan
* Lingkungan fisik
* Fasilitas kesehatan

Faktor Penguat

* Dukungan Keluarga
* Petugas Kesehatan
* Tokoh masyarakat
* Peraturan Perundang-undangan

**Gambar 2.1** Kerangka konseptual Kerangka kerja Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keikutsertaan Sebagai Peserta Bukan Penerima Upah Pada Program JKN-KIS Di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang Tahun 2020.

Keterangan:

Diteliti

Tidak Diteliti

Keterangan**:**

Perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Salah satu perilaku yang penting dan mendasar bagi manusia adalah perilaku kesehatan.Untuk berperilaku hidup sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap yang baik, melainkan banyak faktor didalamnya yang mempengaruhi perilaku tersebut. Peran serta para tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas kesehatan, lingkungan sekitar juga diperlukan serta peraturan perundang-undang atau peraturan kesehatan untuk memperkuat perilaku tersebut.

 Keikutsertaan sebagai peserta BPJS Mandiri pada Program JKN-KIS sangat ditentukan oleh berbagai faktor yang ada didalamnya seperti dari faktor didalam peserta itu sendiri dan lingkungan atau faktor orang disekitarnya. Informasi yang didapatkan dari petugas maupun lingkungan sekitar secara baik maka akan memotivasi untuk melakukan suatu perilaku tersebut. Dukungan keluarga dan juga pendapatan yang didapat juga berperan penting.

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

1. **Desain Penelitian**

Penelitian ini termasuk penelitian deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan terhadap sekumpulan objek yang bertujuan untuk melihat gambaran fenomena yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu (Notoatmodjo). Metode penelitian deskriptif ini dilakukan dengan pendekatan Cross Sectional. Pendekatan ini digunakan untuk melihat hubungan antara variable satu dengan variable lainnya (Notoatmodjo, 2015)

 Untuk pendekatan penelitian dalam skripsi ini menggunakan pendekatan penelitian kuantitatif bahwa metode penelitian kuantitatif diartikan sebagai metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif/statistik, dengan tujuan untuk mengaju hipotensis yang telah ditetapkan. Pendekatan kuantitatif ini digunakan oleh peneliti untuk menganalis hubungan jumlah keluarga dan pendapatan keluarga dengan Keikutsertaan Sebagai Peserta Bukan Penerima Upah Pada Program JKN-KIS Di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang Tahun 2020.

1. **Framework**

Penelitian Kuantitatif Deskriptif

**Populasi**

Seluruh Peserta Kode (P) terdaftar BPJS PBPU TMT 16 – 30 Maret 2020 dan peserta yang belum terdaftar di Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang Tahun 2020 Sebanyak 60 Peserta

**Sampel**

Peserta Kode (P) BPJS Mandiri TMT 16 – 30 Maret 2020 dan peserta belum terdaftar Sebanyak 37 Peserta

**Pengumpulan Data**

Kuisioner (tanpa tatap muka, peserta dihubungi melalui telepon)

**Pengolahan Data**

Setelah data terkumpul dilakukan analisa data dengan cara editing, coding, scoring, tabulating, kemudian diprosentase

**Analisis**

Analisa Bivariate dengan menggunakan uji *Chi-Square*

**Hasil Penelitian dan Pembahasan**

**Kesimpulan dan Saran**

Gambar 3.1 Kerangka konseptual Kerangka kerja Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keikutsertaan Sebagai Peserta Bukan Penerima Upah Pada Program JKN-KIS Di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang Tahun 2020.

1. **Hipotesis**

H1 Ada hubungan jumlah keluarga dan pendapatan keluarga dengan Keikutsertaan Program JKN-KIS di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang.

1. **Populasi dan sempel**

**Populasi**

 Populasi disebut juga dengan *universe* adalah keseluruhan subjek/elemen/unit/anggota/item (misalnya manusia) dari sebuah riset (Murti, 2010). Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang berada dalam wilayah penelitian (Arikunto, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah Seluruh Peserta Kode (P) terdaftar Peserta Bukan Penerima Upah TMT 16 – 30 Maret 2020 di Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang Tahun 2020 dan peserta yang belum terdaftar Sebanyak 60 Peserta. Kode P yang dimaksud adalah jenis peserta sebagai peserta / kepala keluarga.

**Sampel**

1. Perhitungan besar sampel dan teknik sampling

Untuk menentukan besar sampel pengguna yang akan diambil sebagai sampel, peneliti menggunakan teknik probability sampling dengan penentuan besar sampel secara Multistage Sampling. Seluruh Peserta Kode (P) terdaftar Peserta Bukan Penerima Upah TMT 16 – 30 Maret 2020 di Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang Tahun 2020 dan peserta belum terdaftar Sebanyak 37 Peserta. Kode P yang dimaksud adalah jenis peserta sebagai peserta / kepala keluarga.

Penentuan jumlah sampling menggunakan Rumus Slovin sebagai berikut:

$n=\frac{N}{1+N\left(e^{2}\right)}$

$$n=\frac{60}{1+60\left(0,1^{2}\right)}$$

$$n=\frac{60}{1+60\left(0,01\right)}$$

$$n=\frac{60}{1+0,6}$$

$$n=\frac{60}{1,6}$$

$$n=37$$

Jadi, total sampel adalah 37 Peserta.

Keterangan:

n = Ukuran sampel/jumlah responden

N = Ukuran populasi

E = Presentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih

bisa ditolerir; e=0,1 (error margin)

1. **Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Penelitian**

**Tabel 3.1 Definisi Operasional, Variabel dan Skala Penelitian**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Variabel Penelitian | Definisi Operasional | Alat ukur | Hasil ukur | Skala |
| 1 | Jumlah keluarga | Banyaknya anggota keluarga yang menjadi tanggungan secara ekonomi dalam KK terhadap ikut program bpjs kesehatan | Lembar Wawancara (Melalui Phone Seluler) | * + - 1. Keluarga kecil : ≤ 4 Orang
			2. Keluarga sedang : 5 – 6 Orang
			3. Keluarga besar : ≥ 7 Orang

*Teori : BKKBN* | Nominal |
| 2 | Pendapatan Keluarga | Penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidup berdasarkan UMK pergub kota Malang | Lembar Wawancara(Melalui Phone Seluler) | * + - 1. Pendapatan sangat tinggi : > 3.500.000
			2. Pendapatan tinggi : 2.500.000 – 3.500.000
			3. Pendapatan sedang : 1.500.000 – 2.500.000
			4. Pendapatan rendah < 1.500.000

*Teori : Badan Pusat Statistik* | Nominal |
| 3 | Keikutsertaan | Peserta yang sudah dan belum mengikuti program JKN-KIS | Lembar Wawancara (Melalui Phone Seluler) | Mengikuti jika skor 1Tidak Mengikuti jika skor 0 | Nominal |

1. **Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja BPJS Kesehatan Cabang Malang pada bulan Februari – Juli 2020.

1. **Teknik dan Instrumen Penelitian**

Pengumpulan data

Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data yaitu:

* + - 1. Data Primer (wawancara by phone)

Adapun data primer yang digunakan dalam penelitian ini sedikit berbeda dari biasanya, peneliti tidak memberikan kuisioner secara langsung kepada peserta dikarenakan kondisi yang tidak memungkinkan untuk tatap muka (pandemic Covid-19) namun peneliti memberikan pertanyaan kuisioner melalui sambungan telepon seluler, yang mana data tersebut diakses melalui master data BPJS Kesehatan.

* + - 1. Data Sekunder

Pengumpulan data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

1. Menyusun tabel kebutuhan data.

 Data yang dibutuhkan dalam proses penelitian ini meliputi data usia, jenis kelamin, jenis kepesertaan Mandiri dan nomor handphone terdaftar

1. Melakukan permintaan data kepada sumber dengan memberikan pengajuan tertulis.

Pengajuan permintaan data kepada sumber dilakukan melalui E-PPID pada website BPJS Kesehatan dengan melengkapi persyaratan yang ada.

1. Melakukan verifikasi terhadap data yang diterima menyesuaikan kriteria yang diharapkan.

Data yang telah didapatkan dilakukan verifikasi dan dilakukan rekap pada tabel yang telah dibuat sesuai kebutuhan

Instrumen Penelitian (Alat ukur)

Data yang dibutuhkan merupakan data sekunder yang didapatkan dengan menggunakan tabel permohonan data yang berisi usia, jenis kelamin, NIK, Jenis Kepesertaan Mandiri dan nomor handphone terdaftar sebagai peserta mandiri pada program JKN-KIS Kantor BPJS Kesehatan Malang untuk TMT peserta terdaftar tanggal 16 – 30 Maret 2020 dan peserta yang belum terdaftar sebagai peserta jkn-kis kemudian dilakukan pengolahan dalam lembar rekapitulasi.

Teknik Pengolahan Data

 Data yang dikumpulkan akan diolah menggunakan komputerisasi. Sebagaimana menurut Hidayat (2010), setelah data terkumpul maka dilakukan pengolahan dengan cara:

* + - * 1. *Editing* (Pengeditan Data)

 *Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul. Dalam proses ini data yang diperoleh dari sumber berdasarkan data yang dibutuhkan yaitu usia, jenis kelamin, NIK, Jenis Kepesertaan Mandiri, kelas rawat dan nomor handphone.

* + - * 1. *Coding* (Pengkodean)

*Coding* merupakan kegiatan pemberian numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisa data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti dari suatu variabel.

* + - * 1. *Entry* (Pemasukan Data)

Data entri adalah kegiatan memasukan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel atau *database computer*, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau dengan membuat tabel kontingensi.

* + - * 1. *Cleaning* (Pembersihan Data)

Cleaning data yaitu melihat kembali kesesuaian data yang telah dientrykan apakah terdapat kesalahan atau tidak yang selanjutnya dilakukan analisis data.

**Teknik Analisa Data**

Analisis Univariat

 Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat yang dimana untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis ini nantinya akan menjelaskan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, jumlah keluarga dan pendapatan keluarga terhadap keikutsertaan sebagai peserta mandiri pada program JKN-KIS di wilayah kerja BPJS Kesehatan Cabang Malang Tahun 2020.

1. **Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini telah diusahakan dan dilaksanakan sesuai dengan prosedur ilmiah, namun demikian masih memiliki keterbatasan yaitu:

1. Faktor- faktor yang mempengaruhi rujukan sebenarnya ada banyak tetapi karena keterbatasan waktu, maka peneliti hanya mengambil factor ini saja.
2. Adanya keterbatasan penelitian dengan menggunakan kuisioner yaitu terkadang jawaban yang diberikan oleh sampel tidak menunjukkan keadaan yang sesungguhnya.
3. Butuh sampel yang lebih banyak dan kasus yang lebih kompleks agar penelitian benar-benar bisa menunjukkan kevalidan factor yang berpengaruh dari tingginya rujukan tersebut.
4. Terkait Kondisi Pandemic Covid-19 yang sangat mengkhawatirkan, peneliti tidak dapat melakukan penelitian secara langsung / tatap muka kepada peserta rujukan, namun peneliti memberikan pertanyaan melalui sambungan telepon seluler.

**BAB 4**

# HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

* + - 1. **Hasil Penelitian**
			2. **Gambaran Umum Tempat Penelitian**

Data penelitian ini berdasarkan master data Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang, Jl. R Tumenggung Suryo No 44 Kelurahan Bunulreju Kecamatan Blimbing Kota Malang. Jumlah total karyawan yang ada dalam kantor adalah sebanyak 89 karyawan tetap maupun tidak tetap. Jumlah loket yang ada di dalam kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang ada sebanyak 3 loket yaitu, 1 loket prioritas (untuk peserta usia lanjut, kondisi hamil dan menyusui), 1 loket administrasi (pendaftaran, perubahan segmen peserta, ubah faskes, ubah nama, satker, penambahan keluarga, pengurangan keluarga, pelaporan meninggal, dll) dan 1 loket PIPP (Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan). Jam kerja di BPJS Kesehatan Cabang Malang adalah setiap hari senin s/d jum’at mulai pukul 08.00 WIB s/d 15.00 WIB.

Penelitian ini memiliki tujuan yaitu untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keikutsertaan sebagai peserta bukan penerima upah pada program JKN-KIS di wilayah kerja BPJS Kesehatan Cabang Malang. Data yang dikumpulan adalah data primer Peserta terdaftar sebagai peserta PBPU di BPJS Kesehatan Cabang malang periode TMT 16 – 30 Maret 2020 dan belum terdaftar pada bulan Mei 2020 di wilayah kerja BPJS Kesehatan Cabang Malang.

44

* + - 1. **Data Umum**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, diperoleh karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan, pekerjaan dan banyaknya jumlah keluarga dalam 1 KK.

* + - * 1. **Usia**

**Tabel 4.1 Karakteristik Usia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Usia** | **Frekuensi** | **Persentase** |
| 11 – 19 Tahun (Remaja) | 3 | 8 % |
| 20 – 60 Tahun (Dewasa) | 28 | 76 % |
| > 60 Tahun (Lansia) | 6 | 16 % |
| **Total** | **37** | **100%** |

Sumber: BPJS Kesehatan Cabang Malang, 2020

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa karakteristik usia paling banyak yaitu berada pada kelompok usia 20 sampai 60 tahun yaitu 28 Peserta dengan Persentase 76 %.

* 1. **Jenis Kelamin**

**Tabel 4.2 Karakteristik Jenis Kelamin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jenis Kelamin** | **Frekuensi** | **Persentase** |
| Laki-laki | 23 | 62 % |
| Perempuan | 14 | 38 % |
| **Total** | **37** | **100%** |

Sumber: BPJS Kesehatan Cabang Malang, 2020

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa karakteristik Jenis Kelamin paling banyak berjenis kelamin Laki-laki yaitu sebesar 62% atau 23 Peserta.

* 1. **Tingkat Pendidikan**

**Tabel 4.3 Karakteristik Tingkat Pendidikan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tingkat Pendidikan** | **Frekuensi** | **Persentase** |
| Tidak tamat SD / sederajat | 4 | 11 % |
| Tamat SD / sederajat | 8 | 22 % |
| Tamat SMP / sederajat | 3 | 8 % |
| Tamat SMA / sederajat | 15 | 41 % |
| D3 / S1 keatas | 7 | 18 % |
| **Total** | **37** | **100 %** |

Sumber: Pengumpulan data

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa karakteristik Tingkat Pendidikan paling banyak adalah Tamat SMA / sederajat yaitu sebesar 41% atau 15 Peserta.

* 1. **Pekerjaan**

**Tabel 4.4 Karakteristik Pekerjaan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pekerjaan** | **Frekuensi** | **Persentase** |
| Ibu Rumah Tangga | 3 | 8 % |
| Buruh | 7 | 19 % |
| Pengusaha / Pedagang | 10 | 27 % |
| Wiraswasta | 17 | 46 % |
| **Total** | **37** | **100 %** |

Sumber: Pengumpulan data

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui bahwa karakteristik Pekerjaan paling banyak adalah Wiraswasta yaitu sebesar 46% atau 17 Peserta.

1. **Data Khusus**

Data khusus dari penelitian ini yaitu pengaruh jumlah keluarga, pendapatan keluarga dan keikutsertaan sebagai peserta JKN-KIS.

* + - * 1. **Jumlah Keluarga**

Berdasarkan penelitian jumlah keluarga didapat hasil sebagai berikut:

**Tabel 4.5 distribusi pengaruh jumlah keluarga responden**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jumlah Keluarga** | **Jumlah** | **Persentase** |
| 1 | Keluarga kecil | 27 | 72 % |
| 2 | Keluarga sedang | 5 | 14 % |
| 3 | Keluarga besar | 5 | 14 % |
|  | **Total** | **37** | **100 %** |

Sumber: Pengumpulan data

Dari hasil penelitian tersebut menjelaskan bahwa sebagian besar responden sebanyak 27 orang (72%) memiliki jumlah keluarga yang terbilang keluarga kecil atau dengan jumlah keluarga kurang dari sama dengan 4 orang untuk ikut menjadi peserta JKN-KIS.

Menurut BKKBN tentang keluarga dan jumlah jiwa dalam keluarga atau jumlah keluarga merupakan semua anggota keluarga yang tercatat dalam dokumen pemerintahan setempat dan dapat dikatakan keluarga sejahtera atau keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan dasar keluarga *(basic needs).*

Berdasarkan dengan hasil tersebut, semakin sedikit anggota keluarga dalam KK yang menjadi tanggungan maka semakin besar peluang untuk mendaftarkan diri menjadi peserta JKN-KIS karena jumlah keluarga yang sedikit untuk memenuhi kebutuhan akan jaminan kesehatan dan biaya yang akan dikeluarkan untuk memenuhi hal tersebut dapat diupayakan. Begitu pula sebaliknya, semakin banyak anggota keluarga dalam KK maka semakin kecil peluang untuk ikut mendaftarkan karena biaya yang akan banyak.

* + - * 1. **Pendapatan Keluarga**

Berdasarkan penelitian penelitian pendapatan keluarga, didapat hasil sebagai berikut:

**Tabel 4.6 Distribusi pendapatan keluarga**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pendapatan Keluarga** | **Frekuensi (f)** | **Persentase** |
| 1 | Pendapatan sangat tinggi | 10 | 27 % |
| 2 | Pendapatan tinggi | 4 | 11 % |
| 3 | Pendapatan sedang | 4 | 11 % |
| 4 | Pendapatan rendah | 19 | 51 % |
|  | **Jumlah** | **37** | **100 %** |

Sumber : pengumpulan data

Dari hasil penelitian tersebut menjelaskan bahwa sebagian besar responden sebanyak 19 responden (51%) menyatakan bahwa pendapatan keluarga rendah atau < 1.500.000 per bulan untuk ikut serta menjadi peserta JKN-KIS.

Menurut Badan Pusat Statistik bahwa masyarakat berdasarkan pendapatan dapat dikategorikan menjadi 4 bagian seperti di tabel 4.6 dan sangat berpengaruh untuk kebutuhan hidup sehari-hari.

Berdasarkan hasil tersebut diatas bahwa masyarakat di sekitar wilayah kerja kantor BPJS Kesehatan masih terbilang dengan pendapatan rendah karena dalam 1 keluarga tidak memiliki pekerjaan yang menetap dan penghasilan yang tetap, selalu berubah disetiap bulan. Penghasilan yang didapatkan berdasarkan hasil telpon dan wawancara langsung hanya didapat dari kerja wiraswasta dan buruh yang pendapatan tiap bulan tidak mencukupi. Pekerjaan yang mendominasi pada masyarakat tersebut adalah wiraswasta. Kemudian dilanjutkan dengan pendapatan dari hasil buruh yang terbilang juga pendapatan rendah. Dengan kata lain, masyarakat banyak tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan BPJS Kesehatan program JKN-KIS karena bagi masyarakat juga, untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari saja sudah sulit, sehingga akan merasa terbebani kembali jika akan ditambah dengan pengeluaran untuk biaya BPJS Kesehatan program JKN-KIS

* + - * 1. **Keikutsertaan JKN-KIS**

Berdasarkan penelitian keikutsertaan sebagai peserta JKN-KIS didapat hasil sebagai berikut:

**Tabel 4.7 distribusi keikutsertaan JKN-KIS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Keikutsertaan JKN-KIS** | **Frekuensi (f)** | **Persentase** |
| 1 | Mengikuti | 25 | 68 % |
| 2 | Tidak Mengikuti | 12 | 32 % |
|  | **Jumlah** | **37** | **100 %** |

*Sumber: pengumpulan data*

Dari hasil penelitian tersebut menjelaskan bahwa sebagian besar responden sebanyak 25 orang (68%) menyatakan bahwa telah mengikuti program JKN-KIS yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil tersebut diatas, bahwa masyarakat di wilayah kerja kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang sudah sebagian besar mendaftar atau mengikuti program JKN-KIS namun masih terdapat masyarakat yang belum terdaftar atau mengikuti karena didapatkan hasil bahwa masyarakat tersebut merupakan masyarakat yang tidak mampu dan dengan pendapatan rendah.

* + - * 1. **Hubungan pengaruh jumlah keluarga dengan Keikutsertaan sebagai peserta JKN-KIS**

**Tabel 4.8 *Chi-square* hubungan pengaruh jumlah keluarga dengan Keikutsertaan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jumlah keluarga** | **Keikutsertaan****JKN-KIS** | **Total** | ***%*** | ***P-Value*** |
| **Tidak Mengikuti** | **%** | **Mengikuti** | **%** |
| Keluarga kecil | 7 | 19 % | 20 | 54 % | 27 | 72% | 0,049 |
| Keluarga sedang | 1 | 3 % | 4 | 11 % | 5 | 14 % |
| Keluarga besar | 4 | 11 % | 1 | 3 % | 5 | 14 % |
| Jumlah | 12 | 32 % | 25 | 68 % | 37 | 100 % |

Berdasarkan hasil pengujian diatas didapatkan hasil bahwa responden yang memiliki jumlah keluarga kecil dan tidak mengikuti 7 responden dan jumlah keluarga kecil tetapi mengikuti sebanyak 20 responden yang melakukan penilaian. Responden dengan jumlah keluarga sedang dan tidak mengikuti 1 responden dan mengikuti 4 responden. Jumlah keluarga besar dan tidak mengikuti sebanyak 4 responden dan mengikuti sebanyak 1 responden yang melakukan penilaian.

Hasil analisis uji *chi-square* didapatkan bahwa hasilnya yaitu 0,049 yang mana hasil ini menunjukan bahwa nilai test < 0,05 yang artinya menunjukan hipotesis ada hubungan jumlah keluarga dengan keikutsertaan sebagai peserta JKN-KIS.

* + - * 1. **Hubungan pendapatan keluarga dengan Keikutsertaan sebagai peserta JKN-KIS**

**Tabel 4.9 *Chi-square* hubungan** **pendapatan keluarga dengan Keikutsertaan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pendapatan Keluarga | KeikutsertaanJKN-KIS | Total | *%* | *P-Value* |
| Tidak Mengikuti | % | Mengikuti | % |
| Sangat Tinggi | 1 | 3 % | 9 | 24 % | 10  | 27 % | 0,026 |
| Tinggi | 3 | 8 % | 1 | 3 % | 4 | 11 % |
| Sedang | 3 | 8 % | 1 | 3 % | 4  | 11 % |
| Rendah | 5 | 14 % | 14 | 37 % |  19 | 51 % |
| Jumlah | 12 | 33 % | 25 | 67 % | 37 | 100 % |

Berdasarkan hasil pengujian diatas didapatkan hasil bahwa responden menilai pendapatan keluarga sangat tinggi dan tidak mengikuti 1 responden dan mengikuti 9 responden. Pendapatan tinggi dan tidak mengikuti sebanyak 3 responden dan mengikuti sebanyak 1 responden. Pendapatan sedang dan tidak mengikuti sebanyak 3 responden dan mengikuti 1 responden. Pendaparan rendah dan mengikuti sebanyak 5 responden dan mengikuti 14 responden.

Hasil analisis uji *chi-square* didapatkan bahwa hasilnya yaitu 0,026 yang mana hasil ini menunjukan bahwa nilai test < 0,05 yang artinya menunjukan hipotesis ada hubungan pendapatan keluarga dengan Keikutsertaan sebagai peserta JKN-KIS.

**B. Pembahasan**

1. **Hubungan jumlah keluarga dengan Keikutsertaan sebagai peserta JKN-KIS**

 Hasil pengujian bivariat menggunakan *Chi-Square* menunjukkan bahwa nilai *P-Value* (0,049) lebih kecil daripada 0,05 yang artinya ada hubungan jumlah keluarga dengan Keikutsertaan sebagai peserta JKN-KIS

Hasil tabel 4.8 crosstab *chi square* menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki jumlah keluarga sebagai keluarga kecil atau jumlah anggota 2 – 4 orang yang telah mengikuti program JKN-KIS dan tidak mengikuti program JKN-KIS.

 Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pangestika (2017), yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan tanggungan atau jumlah keluarga dengan keikutsertaan sebagai BPJS Kesehatan mandiri di sektor informal dengan nilai signifikansi *Chi-square p*= 0,635.

 Hasil temuan dilapangan dalam keikutsertaan sebagai peserta PBPU JKN-KIS bahwa adanya hubungan jumlah keluarga terhadap keikutsertaan JKN-KIS karena keputusan untuk mendaftarkan diri menjadi peserta JKN-KIS juga berdasarkan dengan tanggungan atau jumlah keluarga yang harus di daftarkan. Hal tersebut menunjukkan bahwa keputusan yang diambil untuk menjadi peserta JKN-KIS memiliki peluang yang lebih besar. Berdasarkan kebutuhan dasar manusia salah satunya adalah kebutuhan akan rasa aman dapat digambarkan melalui kebutuhan rasa aman dalam jaminan kesehatan ketika anggota keluarga sakit sehingga akan terbebas dari rasa takut dan cemas terhadap jaminan kesehatan yang dibutuhkan sebagai salah satu upaya persiapan jika suatu saat akan terjadi sakit sehingga tidak cemas untuk melakukan pemeriksaan menggunakan jaminan kesehatan BPJS Kesehatan.

 Semakin banyak tanggungan jumlah keluarga maka semakin besar pengaruh untuk didaftarkan JKN-KIS karena harapan akan sehat dan persiapan asuransi kesehatan menjadikan alasan kepala keluarga untuk mendaftarkan menjadi peserta JKN-KIS namun tetap berdasarkan oleh pendapatan dan pengeluaran rata-rata dalam keluarga.

1. **Hubungan pendapatan keluarga dengan Keikutsertaan sebagai peserta JKN-KIS**

Hasil pengujian bivariat menggunakan *Chi-Square* menunjukkan bahwa nilai *P-Value* (0,026) lebih kecil daripada 0,05 yang artinya ada hubungan pendapatan keluarga dengan keikutsertaan sebagai peserta JKN-KIS.

Hasil tabel 4.9 *crosstab* *chi square* menunjukkan bahwa sebagian besar responden menilai pendapatan keluarga rendah dan telah mengikuti program JKN-KIS maupun yang belum mengikuti JKN-KIS.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ernawati (2018) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kepesertaan JKN Mandiri dengan pendapatan keluarga.

Hasil penelitian dilapangan didapatkan bahwa responden yang telah mengikuti atau telah terdaftar peserta JKN-KIS PBPU lebih tinggi pada responden yang memiliki tingkat pendapatan rendah atau tidak mampu dan juga tidak jauh berbeda dengan responden yang tidak mengikuti atau tidak terdaftar peserta JKN-KIS PBPU yang memiliki pendapatan rendah atau tidak mampu yang berarti responden tidak mampu untuk membayar iuran BPJS Kesehatan sehingga walaupun responden sudah mengikuti JKN-KIS namun masih merasa berat untuk membayar iuran premi yang dibayarkan harus rutin setiap bulan dan menjadi peserta JKN dirasa bukan sebagai kebutuhan utama.

Dari hasil tersebut diatas bisa kita simpulkan bahwa pada dasarnya untuk memenuhi kebutuhan jaminan kesehatan untuk keluarga, masyarakat akan berupaya tetap mendaftarkan diri sebagai peserta JKN-KIS walau kebutuhan dalam keluarga masih belum tercukupi atau penghasilan dibawah Upah Minimum Kota. Pendapatan keluarga rendah dikarenakan dalam 1 KK hanya ada 1 orang yang berperan sebagai pencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan atau jumlah keluarga lainnya. Pekerjaan yang dilakukan untuk memperoleh pendapatan hanya sebagai wiraswasta dan buruh yang tidak tetap penghasilan tiap bulan nya.

Dalam sisi lain, apabila dalam keluarga mengalami kesulitan pembayaran iuran BPJS Kesehatan setiap bulan berdasarkan hak kelas yang didaftarkan, tidak perlu khawatir karena bisa dilakukan pengajuan kepada dinas kesehatan atau dinas sosial setempat agar dimasukkan dalam program pengajuan Peserta PBI-JK BPJS Kesehatan yang akan disubsidi atau dibiayai oleh pemerintah menggunakan anggaran APBD atau APBN Kota domisili tempat tinggal masyarakat tersebut.

**BAB 5**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

* + 1. **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan sebelumnya dapat disimpulkan bahwa :

Sebagian besar responden memiliki jumlah keluarga kecil atau sebanyak kurang dari sama dengan 4 orang.

Masih terdapat responden dengan pendapatan keluarga rendah atau terbilang tidak mampu.

Masih terdapat responden yang belum mengikuti program JKN-KIS di wilayah kerja BPJS Kesahatan Cabang Malang.

Ada hubungan jumlah keluarga dengan Keikutsertaan Program JKN-KIS Di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang.

Ada hubungan pendapatan keluarga dengan Keikutsertaan Program JKN-KIS Di Wilayah Kerja Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang.

1. **Saran**

Saran yang dapat diberikan oleh penulis setelah melakukan penelitian ini adalah:

1. Bagi pembaca atau peneliti selanjutnya, khususnya yang lebih ingin mengetahui tentang faktor yang mempengaruhi keikutsertaan program JKN-KIS dapat melakukan modifikasi variabel-variabel independen sehingga penelitian akan lebih objektif dan bervariasi untuk melihat faktor lainnya.
2. Pihak BPJS Kesehatan bekerjasama atau MOU dengan Dinas Kesehatan atau Dinas Sosial untuk mengatasi kesulitan pembayaran premi iuran BPJS Kesehatan peserta mandiri dialihkan menjadi Penerima Bantuan Iuran agar jaminan kesehatan tetap dapat diberikan kepada peserta mandiri yang telah terdaftar maupun belum terdaftar yang tidak mampu membayar iuran.
3. Pendekatan kepada masyarakat yang masih belum mendaftarkan diri sebagai Peserta JKN-KIS dapat dibantu dengan cara membuka pendaftaran Mobile Customer Service di beberapa tempat.

**DAFTAR PUSTAKA**

Adnani, Hariza. (2011). *Ilmu Kesehatan Masyarakat.* Yogyakarta: Huha Medika.

Amelta, C. (2016). *Demand masyarakat menjadi peserta mandiri badan penyelenggara jaminan sosial di Kota Medan tahun 2016*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara.

Ghufron, Ali, (2008). *Sistem Jaminan Kesehatan* . Yoyakarta : Universitas Gadjah Mada.

Lubis, D. (2016). *Beberapa faktor yang memengaruhi demand masyarakat untuk menjadi peserta BPJS PBPU (pekerja bukan penerima upah) di wilayah Kerja Puskesmas Padang Bulan Selayang II tahun 2016*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara.

Melinda, Anneke S dan Antono S. (2016). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan minat masyarakat dalam keikutsertaan BPJS Mandiri di Kecamatan Bener Kabupaten Purworejo*. Purworejo: Jurnal Kesehatan Masyarakat

Mutmainah, Nur Fitri. (2018). *Identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi dan partisipasi masyarakat kebupaten bantul dalam kepesertaan program JKN-KIS.* Bantul: Jurnal Kesehatan Masyarakat

Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2014). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2015). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Pemerintah Republik Indonesia. (2004). *Undang-undang RI Nomor 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.* Jakarta.

Pemerintah Republik Indonesia. (2011). *Undang – undang RI Nomor 24 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta.

Pemerintah Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Presiden RI Nomor 12 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta.

Pemerintah Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Presiden RI Nomor 82 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta.

Pemerintah Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 tentang Indonesian Case Base Groups. Jakarta.

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1. (2014). Penyelenggaraan jaminan kesehatan. Jakarta : Anonim.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12. (2013). *Jaminan kesehatan.* Jakarta.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 19. (2016). *Perubahan kedua atas peraturan presiden nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan*. Jakarta.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 28. 2016. *Perubahan ketiga atas peraturan presiden nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan.* Jakarta

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82. 2018. *Jaminan Kesehatan.* Jakarta

Subari dan Eti D. 2014. *Analisis faktor-faktor yang memengaruhi intensi masyarakat Kota Cirebon menjadi peserta mandiri jaminan kesehatan*. Bandung: Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran.

Suhardi, Zahroh S dan Sutopo P. 2014. *Analisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kemauan masyarakat menjadi peserta JPKM mandiri di wilayah Kota Salatiga.* Salatiga: Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia

Thabrany, H. 2014. *Jaminan kesehatan nasional*. Jakarta: PT Raja Grafindo Pers.

Undang-undang No.40 Tahun 2004 *tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Undang-undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.*