LAPORAN PENELITIAN RISBINKES

ANALISIS HUBUNGAN SISTEM PEMBAYARAN SATU KELUARGA (KOLEKTIF) TERHADAP PERPINDAHAN KELAS KEPESERTAAN DAN KEPATUHAN PEMBAYARAN IURAN BPJS DI KABUPATEN MALANG

Tim Peneliti:

Zulfa Auliyati Agustina

Nailul Izza

Miftakhun Nafisah Y.P

PUSLITBANG HUMANIORA DAN MANAJEMEN KESEHATAN

BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

2017

SUSUNAN TIM PENELITIAN RISBINKES

Ketua Pelaksana : Zulfa Auliyati Agustina, SKM

Anggota Peneliti 1 : Nailul Izza, SKM

Anggota Peneliti 2 : Miftahun Nafisah Y.P, S.Si

SURAT KEPUTUSAN PENELITIAN

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226
Telepon (021) 4261088 faksimile (021) 4243933
Laman : www.litbang.depkes.go.id Surat Elektronik :sesban@litbang.depkes.go.id
GERMAS

KEPUTUSAN KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

NOMOR HK.02.03/I/2951/2017

TENTANG

TIM PELAKSANA RISET PEMBINAAN KESEHATAN
TAHUN 2017

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka melaksanakan Riset Pembinaan Kesehatan Tahun 2017 perlu ditetapkan tim pelaksana penelitian sesuai dengan protokol yang telah disetujui;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan tentang Tim Pelaksana Riset Pembinaan Kesehatan Tahun 2017;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 84, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4219);

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

3. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3609);

4. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2005 tentang Alih Teknologi Kekayaan Intelektual serta Hasil Penelitian dan Lembaga Penelitian dan Pengembangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4497);

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226
Telepon (021) 4261088 faksimile (021) 4243933
Laman : www.litbang.depkes.go.id Surat Elektronik :sesban@litbang.depkes.go.id

6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 791/Menkes/SK/VII/1999 tentang Koordinasi Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1179A/Menkes/SK/X/1999 tentang Kebijakan Nasional Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN TENTANG TIM PELAKSANA RISET PEMBINAAN KESEHATAN TAHUN 2017.

KESATU : Susunan Tim Pelaksana Riset Pembinaan Kesehatan Tahun 2017 yang selanjutnya disebut Tim Pelaksana Risbinkes, tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

KEDUA : Tim Pelaksana Risbinkes mempunyai tugas sebagai berikut:

a. melaksanakan kegiatan Risbinkes sesuai dengan bidang fokus, jenis insentif judul penelitian pelaksanaan penelitian/perekayaan, dan jumlah dana yang dialokasikan;
b. menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan Risbinkes dalam bentuk *hardcopy* dan *softcopy* yang terdiri dari:
    1. laporan kemajuan berkala kegiatan penelitian;
    2. laporan realisasi penyerapan anggaran;
    3. laporan akhir penelitian;
    4. data hasil penelitian (*raw data*) dan karakteristiknya, *log book* (definisi operasional dan struktur data);
    5. draft naskah rancangan publikasi ilmiah penelitian;
    6. usulan Kekayaan Intelektual (KI) untuk hasil penelitian yang berorientasi KI; dan

7. berkoordinasi dengan Tim Pengelola Riset Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan Tahun 2017 dalam menyelesaikan dan menyerahkan seluruh bentuk pertanggungjawaban keuangan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

KETIGA : Tim Pelaksana Risbinkes bertanggung jawab dan wajib menyampaikan laporan secara berkala kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Tim Pengelola Riset Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan Tahun 2017 dengan berkoordinasi dengan Kepala satuan kerja yang membidangi tugas dan fungsi terkait.

KEEMPAT : Pendanaan pelaksanaan tugas Tim Pelaksana Risbinkes dibebankan pada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Sekretariat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun Anggaran 2017.

KEENAM : Keputusan ini berlaku untuk Tahun Anggaran 2017.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 30 Maret 2017

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN KESEHATAN,

SISWANTO

LAMPIRAN
KEPUTUSAN KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.03/I/2951/2017
TENTANG TIM PELAKSANA RISET PEMBINAAN KESEHATAN TAHUN 2017

TIM PELAKSANA RISET PEMBINAAN KESEHATAN TAHUN 2017

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Anggaran Penelitian	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
1	Persentase Polimorfisme Gen ADRB3 pada Derajat Obesitas Penderita Diabetes Melitus Studi Kohort Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Tahun 2016	Puslitbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan	Rp 60.000.000	1. Tati Febrianti, S.Si	Ketua Pelaksana
				2. Dwi Febriyana, S.Si	Calon Peneliti
				3. Daryanto, ST	Teknisi
2	Kepatuhan dalam Penggunaan Ramuan Jamu pada Pasien Hipertensi atau Hiperglikemia	Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan	Rp 49.600.000	1. Aris Yulianto, S.Si	Ketua Pelaksana
				2. Sundari Wirasmi, S.Si	Peneliti
				3. Tofan Aries Mana, S.Farm, Apt	Peneliti
3	Analisis Rujukan Puskesmas Berdasarkan Kemampuan Pelayanan Puskesmas di Kota Depok	Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan	Rp 60.000.000	1. Iin Nurlinawati, SKM, MKM	Ketua Pelaksana
				2. Rosita, SKM, MPH	Peneliti
				3. dr. Sefrina Werni	Peneliti

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Anggaran Penelitian	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
4	Studi Kasus Risiko Pajanan Benzena pada Pekerja di Industri Kecil Pembuatan Sepatu di Bogor	Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp 59.817.000	1. Eva Laelasari, S.Si, MKKK	Ketua Pelaksana
				2. dr. Dewi Kristanti	Peneliti
				3. Basuki Rachmat, ST	Peneliti
5	Studi Eksplorasi Promosi Kesehatan Reproduksi pada Anak Jalanan di Rumah Singgah DKI Jakarta	Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp 60.000.000	1. dr. Faika Rachmawati	Ketua Pelaksana
				2. Hendriek Edison, S.Si	Peneliti
				3. Lilian Susanti Nova, SKM	Peneliti
6	Peran Keluarga dalam mendukung keteraturan minum obat Penderita Tuberkulosis Sebagai Salah Satu Indikator Keluarga Sehat	Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp 59.960.000	1. Oster Suriani S, SKM, MKM	Ketua Pelaksana
				2. Nikson Sitorus, SKM, M.Epid	Peneliti
				3. Kartika Handayani, S.Psi, MS	Peneliti
7	Pengembangan model menu buah dan sayur nusantara untuk anak usia 10-12 tahun guna meningkatkan konsumsi pangan sehat dalam rangka mendukung gerakan masyarakat hidup sehat	Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp 60.000.000	1. Rika Rachmalina, SP, M.Gizi	Ketua Pelaksana
				2. Nur Handayani Utami, SP, M.Gizi	Peneliti
				3. Dr. Hera Nurlita, M.Kes	Peneliti

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Anggaran Penelitian	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
8	Gambaran Pelaksanaan Program Buku Rapor Kesehatanku di DKI Jakarta Tahun 2017	Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp 59.308.000	1. Siti Masitoh, SKM	Ketua Pelaksana
				2. Anissa Rizkianti, SKM, MIPH	Peneliti
				3. Janu Arinda Dewi, A.Md.AK	Peneliti
9	Perhitungan Biaya Kapitasi Puskesmas di Kabupaten Malang	Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan	Rp 60.000.000	1. Galih Arianto, SE, MPH	Ketua Pelaksana
				2. Zainul Khaqiqi N, S.Si	Peneliti
				3. Agustin Ambarwati	Administrasi
10	Karakteristik Penderita Depresi Pasca Persalinan Di Kota Malang Tahun 2017	Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan	Rp 60.000.000	1. Miftakhun Nafisah Yannis Putri, S.Si	Ketua Pelaksana
				2. Zulfa Auliyati Agustina, SKM	Peneliti
				3. Alun Winarni	Administrasi
11	Analisis Dampak Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) terhadap Kepesertaan dan Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS di Kabupaten Malang	Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan	Rp 51.190.000	1. Zulfa Auliyati Agustina, SKM	Ketua Pelaksana
				2. Nailul Izza, SKM	Peneliti
				3. Miftakhun Nafisah Yannis Putri, S.Si	Peneliti

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Anggaran Penelitian	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
12	Uji toksisitas akut dan LD 50 ekstrak daun kuda-kuda (lannea grandis Engl) terhadap tikus Wistar	Loka Penelitian dan Pengembangan Biomedis Aceh	Rp 59.955.000	1. drh. Bayakmiko Yunsa	Ketua Pelaksana
				2. Nona Rahmaida Puetri, S.Si	Peneliti
				3. Marlinda, Amd.Ak	Teknisi
13	Cluster of Differentiation 4 (CD4) dan Kepatuhan Pengobatan Antiretroviral (ARV) pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)di Kota Jayapura, Papua	Balai Penelitian dan Pengembangan Biomedis Papua	Rp 52.790.000	1. Setyo Adiningsih, S.Si	Ketua Pelaksana
				2. Evi Iriani Natalia, S.Si	Teknisi
				3. Tri Wahyuni, Amd	Teknisi
14	Gambaran Kasus Frambusia setelah Pengobatan Massal di Kota Jayapura	Balai Penelitian dan Pengembangan Biomedis Papua	Rp 60.000.000	1. dr. Yuli Arisanti	Ketua Pelaksana
				2. Semuel Sandi, M.Sc	Peneliti
				3. Irawati Wike, S.Si	Teknisi
15	Analisis Mutasi terkait Resistensi Rifampisin pada Gen rpoB Mycobacterium leprae di Kota Jayapura	Balai Penelitian dan Pengembangan Biomedis Papua	Rp 60.000.000	1. Yustinus Maladan, S.Si	Ketua Pelaksana
				2. Ratna Tanjung, Amd	Litkayasa
				3. Vatim Dwi Cahyani, Amd.Ak	Teknisi

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Anggaran Penelitian	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
16	Autentikasi Centella asiatica (L.) Urb. (Pegagan) dan Adulterannya berdasarkan Karakter Makroskopis, Mikroskopis dan Profil Kimia	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional (B2P2TOOT)	Rp 59.891.750	1. Anshary Maruzy, S.Si	Ketua Pelaksana
				2. Mery Budiarti, M.Si	Peneliti
				3. Nunik Dian Merdekawati	Teknisi
17	Faktor-faktor yang mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan Diabetes Mellitus di Klinik Rumah Riset Jamu "Hortus Medicus" Tawangmangu Jawa Tengah	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional (B2P2TOOT)	Rp 27.355.000	1. dr. David Abiyoso	Ketua Pelaksana
				2. Topan Aries Mana, S.Farm. Apt	Peneliti
				3. Rochmiatun, Amd.AK	Teknisi
18	Pengaruh Zat Pengatur Tumbuh dan Media Dasar Kultur Jaringan terhadap Pertumbuhan Gaharu (Aquilaria malaccensis Lamk.)	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional (B2P2TOOT)	Rp 60.000.000	1. Nur Rahmawati Wijaya, S.Si	Ketua Pelaksana
				2. Tyas Friska Dewi, S.Farm, Apt	Peneliti
				3. Didik Suharto, A.Md	Teknisi
19	Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Pemilihan Obat Tradisional pada Pasien Hiperkolesterolemia yang Berkunjung Ke Rumah Riset Jamu "Hortus Medicus"	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional (B2P2TOOT)	Rp 33.780.000	1. Tyas Friska Dewi, S.Farm, Apt	Ketua Pelaksana
				2. Tofan Aries Mana, Apt.	Peneliti
				3. Enggar Wijayanti, S.Gz	Peneliti

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Anggaran Penelitian	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
20	Uji Serologis Dengue Pada Bahan Biologi Tersimpan Serum Chiroptera Di Provinsi Sulawesi Tenggara	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit (B2P2VRP Salatiga)	Rp 60.000.000	1. drh. Aryo Ardanto	Ketua Pelaksana
				2. drh. Ayu Pradipta Pratiwi	Calon Peneliti
				3. Restu Khoirul Saban	Teknisi
21	Kandungan senyawa metabolit sekunder fraksi aktif buah Cerbera Maghas L terhadap larva Ae. aegypti	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit (B2P2VRP Salatiga)	Rp 59.164 500	1. Dwi Susilo, S. Si	Ketua Pelaksana
				2. Revi Rosavika Kinansi, S.Si	Peneliti
				3. Arif Suryo Prasetyo	Teknisi
22	Analisis Geometri Morfometri Sayap Nyamuk Culex tritaeniorhynchus Giles dari Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Sulawesi Tenggara	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit (B2P2VRP Salatiga)	Rp 60.000.000	1. Sidiq Setyo Nugroho, S. Si	Ketua Pelaksana
				2. Siti Alfiah, SKM, M.Sc	Peneliti
				3. Mujiyono	Peneliti
23	Uji Efektivitas Formulasi Tablet Bacillus Thuringiensis H-14 Terhadap Jentik Aedes Aegypti	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit (B2P2VRP Salatiga)	Rp 59.969.500	1. Arum Triyas Wardani, S.Farm	Ketua Pelaksana
				2. Esti Rahardianingtyas, S.Si	Peneliti
				3. Rendro Wianto	Teknisi

No	Judul Penelitian	Satuan Kerja	Anggaran Penelitian	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
24	Fungsi Tiroid dan Kognitif Anak Usia Sekolah Dasar dengan Stunted di Daerah Replete GAKI	Balai Penelitian dan Pengembangan Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (BP2GAKI)	Rp 60.000.000	1. Slamet Riyanto, S.Gz	Ketua Pelaksana
				2. Diah Yunitawati	Peneliti
				3. Nafisah Nur'aini	Teknisi
25	Pemanfaatan Temephos terhadap Penurunan Kepadatan Jentik Nyamuk Aedes Sp di Kota Palu	Balai Litbang P2B2 Donggala	Rp 59.460.000	1. Ade Kurniawan, SKM	Ketua Pelaksana
				2. Made Agus Nurjana, SKM, M.Epid	Peneliti
				3. Yuyun Srikandi. SKM	Teknisi dan Administrasi

KEPALA BADAN PENELITIAN
DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN,

SISWANTO

SK ETHICAL CLEARANCE

KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226
Telepon: (021) 4261088 Faksimile: (021) 4243933
E-mail: sesban@litbang.depkes.go.id, *Website:* http://www.litbang.depkes.go.id

PERSETUJUAN ETIK (*ETHICAL APPROVAL*)

Nomor : LB.02.01/2/KE. 212 /2017

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Badan Litbang Kesehatan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian berdasarkan Deklarasi Hensinki, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

"Analisis Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) terhadap Perpindahan Kelas Kepesertaan dan Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS di Kabupaten Malang"

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana / Peneliti Utama :

Zulfa Auliyati Agustina, SKM.

dapat disetujui pelaksanaannya. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa berlaku maksimum selama 1 (satu) tahun.

Selama penelitian berlangsung, laporan kemajuan (setelah 50% penelitian terlaksana), laporan *Serious Adverse Event/SAE* (bila ada) harus diserahkan kepada KEPK-BPPK. Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK-BPPK. Jika ada perubahan protokol dan/atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Jakarta, 31 Mei 2017

Ketua
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Badan Litbang Kesehatan,

Prof. Dr. M. Sudomo

PERSETUJUAN ATASAN YANG BERWENANG

Judul Penelitian: Analisis Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Perpindahan Kelas Kepesertaan Dan Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS di Kabupaten Malang

Jakarta, Desember 2017

Ketua Pelaksana

Zulfa Auliyati Agustina, SKM
NIP 198408172007122 001

Ketua Panitia Pembina Ilmiah
Puslitbang Humaniora dan
Manajemen Kesehatan

Dra. Suharmiati, Apt., M.Si.
NIP 195807131989032001

Kepala Puslitbang Humaniora
dan Manajemen Kesehatan

Sugianto, SKM, MSc.PH
NIP 196611061989031003

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena rahmat dan karunia-Nya penelitian dan penyusunan laporan penelitian dengan judul "Analisis Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Perpindahan Kelas Kepesertaan dan Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS di Kabupaten Malang" dapat terselesaikan dengan tepat waktu.

Dalam penelitian ini dijabarkan bagaimana hubungan antara sistem pembayaran kolektif terhadap perpindahan kelas kepesertaan dan kepatuhan pembayaran iuran, karena kepatuhan pembayaran iuran pada peserta BPJS mandiri masih menjadi kendala yang harus diselesaikan. Kenaikan besaran iuran BPJS pun dinilai memberatkan peserta BPJS mandiri dari kalangan ekonomi menengah ke bawah sehingga terjadi penunggakan. Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi bahan pertimbangan dalam meminimalisir defisit anggaran anggaran Negara.

Penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Dra. Suharmiati, Apt, MSi dan Ibu Turniani Laksmiarti, SE, MM selaku pembimbing yang telah memberikan, arahan, masukan dan motivasi kepada penulis hingga terselesaikannya penelitian dan laporan ini. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada pihak-pihak yang telah membantu antara lain:

1. Kepala Badan Litbang Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
2. Kepala Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
3. Kepala BPJS Cabang Malang beserta staf dan jajarannya
4. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa laporan ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu saran dan masukan dari para pembaca sangat diharapkan untuk penyempurnaan tulisan berikutnya.

Surabaya, Desember 2017

Penulis

RINGKASAN EKSEKUTIF

Pencapaian UHC (*Universal Health Coverage*) menjadi issue penting hampir diseluruh Negara berkembang, dimana Indonesia menetapkan pencapaian UHC pada tahun 2019. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merilis berita yang menyatakan bahwa pada tahun 2015 BPJS mengalami defisit anggaran yang mencapai Rp. 5.2 triliun dan diperkirakan pada tahun 2016 ketimpangan rasio klaim akan mencapai Rp. 7.06 triliun. Pemerintah berupaya untuk meminimalkan defisit anggaran yang terjadi pada BPJS dengan meningkatkan besaran iuran bulanan untuk peserta mandiri kelas satu dan dua, berdasarkan Peraturan Direksi BPJS No. 16 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penagihan dan Pembayaran Iuran JKN, Pasal 3 (1) menyebutkan bahwa tagihan iuran Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) bersifat kolektif untuk seluruh anggota keluarga sebagaimana terdaftar pada Kartu Keluarga dan atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga.

Tujuan penelitian adalah untuk melakukan analisis hubungan sistem pembayaran iuran satu keluarga (kolektif) terhadap perpindahan kelas kepesertaan dan kepatuhan peserta dalam membayaran iuran bulanan. Penelitian ini menggunakan rancangan cross sectional. Sampel penelitian adalah peserta BPJS mandiri di Kabupaten Malang yang terpilih secara acak. Pengumpulan data dilakukan dengan metode kuesioner yang diberikan kepada responden yang terpilih sebagai sampel. Analisis data dilakukan dengan uji *chi square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hingga bulan September 2017 tercatat jumlah peserta BPJS Kab. Malang adalah 1.213.672 jiwa. Terdapat peningkatan jumlah peserta BPJS Mandiri di Kabupaten Malang dari tahun 2016 ke tahun 2017 sebesar 35.42% dan capaian kepesertaan tersebut sebesar 47,39% dari total jumlah penduduk. Peserta mandiri yang menunggak pada tahun 2016 sebanyak 24.074 sedangkan pada tahun 2017 tercatat 125.962 peserta atau terjadi peningkatan peserta menunggak hingga 423% (empat kali lipat dari tahun sebelumnya).

Karakteristik responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah perempuan (67%), dengan pekerjaan terbanyak adalah sebagai ibu rumah tangga (40%). Berada pada rentang umur 35-44 tahun (27%). Tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah tamat SMA (41%). Sedangkan Pendapatan berada pada tingkat sedang dan pengeluaran rendah serta mayoritas berada pada kelas kepesertaan kelas 3. Terdapat 42

responden (42%) yang menyatakan bahwa alasan keikutsertaannya pada BPJS mandiri adalah karena adanya penyakit katastropik dan 69% responden menyatakan tidak ada riwayat penyakit katastropik dalam anggota keluarga serta sebanyak 31% responden menyatakan bahwa terdapat anggota keluarga yang memiliki penyakit katastropik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sistem pembayaran iuran kolektif dengan perpindahan kelas kepesertaan dengan nilai p = 0.007. Sedangkan koefisien kontigensi 0.301 yang berarti bahwa kekuatan hubungan lemah. Hasil uji statistik terhadap kepatuhan pembayaran iuran menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sistem pembayaran iuran kolektif dengan kepatuhan pembayaran iuran dengan nilai p=0.07. Sedangkan koefisien kontingensi 0.301 menunjukkan bahwa hubungan lemah.

Edukasi dan sosialisasi kepada peserta BPJS mandiri perlu terus ditingkatkan sebagai upaya meningkatkan kesadaran peserta dalam kepatuhan membayar iuran sebagai bagian dari prinsip gotong royong. Memberdayakan kelompok-kelompok kegiatan masyarakat dalam rangka memampukan peserta BPJS mandiri memenuhi iuran bulanan, seperti mengadakan kegiatan tabungan BPJS yang dikelola oleh masyarakat atau kader BPJS.

ABSTRAK

Latar Belakang

Pencapaian UHC (*Universal Health Coverage*) menjadi issue penting hampir diseluruh Negara berkembang, dimana Indonesia menetapkan pencapaian UHC pada tahun 2019. Dalam perjalanannya sejak Januari 2014, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merilis berita yang menyatakan bahwa pada tahun 2015 BPJS mengalami defisit anggaran yang mencapai Rp. 5.2 triliun dan diperkirakan pada tahun 2016 ketimpangan rasio klaim akan mencapai Rp. 7.06 triliun. Pemerintah berupaya untuk meminimalkan defisit anggaran yang terjadi pada BPJS dengan meningkatkan besaran iuran bulanan untuk peserta mandiri kelas satu dan dua. Selain itu, sistem pembayaran juga mengalami perubahan terutama tagihan iuran Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) yaitu bersifat kolektif untuk seluruh anggota. Tujuan penelitian adalah untuk melakukan analisis hubungan sistem pembayaran iuran satu keluarga (kolektif) terhadap perpindahan kelas kepesertaan dan kepatuhan peserta dalam membayaran iuran bulanan.

Metode Penelitian

Metode penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*, dengan sampel penelitian adalah peserta BPJS mandiri di Kabupaten Malang yang terpilih secara acak. Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner yang diberikan kepada responden dan wawancara mendalam dengan pemangku kebijakan. Analisis data dilakukan dengan uji *chi square*.

Hasil

Karakteristik responden menunjukkan sebagian besar responden adalah perempuan (67%), dengan pekerjaan terbanyak sebagai ibu rumah tangga (40%). Berada pada rentang umur 35-44 tahun (27%) dengan pendidikan terakhir tamat SMA (41%). Pendapatan berada pada tingkat sedang dan pengeluaran rendah. Terdapat 42 responden (42%) menyatakan alasan keikutsertaan BPJS adalah adanya penyakit katastropik dan 69% responden menyatakan tidak ada riwayat penyakit katastropik dalam anggota keluarga serta sebanyak 31% responden menyatakan terdapat anggota keluarga yang memiliki penyakit katastropik. Berdasarkan hasil uji statistik, terdapat hubungan antara sistem pembayaran iuran kolektif dengan perpindahan kelas kepesertaan dengan nilai p = 0.007. Terdapat hubungan antara sistem pembayaran iuran kolektif dengan kepatuhan pembayaran iuran dengan nilai p=0.07.

Kesimpulan

Terdapat hubungan antara sistem pembayaran satu keluarga terhadap perpindahan kelas kepesertaan BPJS dan terdapat hubungan antara sistem pembayaran satu keluarga terhadap kepatuhan pembayaran iuran BPJS.

Saran

Edukasi dan sosialisasi kepada peserta BPJS mandiri perlu terus ditingkatkan untuk meningkatkan kesadaran peserta dalam kepatuhan membayar iuran. Memberdayakan kelompok-kelompok kegiatan masyarakat dalam rangka memampukan peserta BPJS mandiri memenuhi iuran bulanan.

Kata Kunci: BPJS Mandiri, kolektif, kepatuhan

DAFTAR ISI

Judul Penelitian …… i
Susunan Tim Peneliti…… ii
SK Penelitian…… iii
Persetujuan Etik ……... xiii
Persetujuan Atasan yang Berwenang ……... xiv
Kata Pengantar ……. xv
Ringkasan Eksekutif …… xvi
Abstrak …… xviii
Daftar Isi ……..... xix
Daftar Tabel ……. xxi
Daftar Gambar ……. xxii
Daftar Lampiran ……..... xxiii
1. PENDAHULUAN 1
1.1. Latar Belakang ……..... 1
1.2. Rumusan Masalah ……... 3
1.3. Tujuan Penelitian …… 3
1.4. Manfaat Penelitian ……..... 3
2. TINJAUAN PUSTAKA ……. 4
3. METODE PENELITIAN …… 12
3.1. Kerangka Teori…..…….. 12
3.2. Kerangka Konsep dan Hipotesis ……. 12
3.3. Definisi Operasional ……... 14
3.4. Desain dan Jenis Penelitian ……. 15
3.5. Tempat dan Waktu Penelitian ……. 15
3.6. Populasi dan Sampel Penelitian ..…… 16
3.7. Kriteria Inklusi dan Eksklusi ……..... 16
3.8. Instrumen dan Cara Pengumpul Data ……. 16
3.9. Analisis Data ……..... 17
4. HASIL ……. 18
4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian ……..... 18
4.2. Peserta BPJS Mandiri di Kabupaten Malang Tahun 2016-2017…… 19
4.3. Jumlah Peserta BPJS Mandiri yang Menunggak di Kabupaten Malang Tahun 2016-2017……. 20
4.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi…. 22
4.5. Riwayat Katastropik pada Responden……. 24
4.6. Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Perpindahan Kelas Kepesertaan BPJS……. 25
4.7. Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS…… 27
4.8. Hasil Wawancara Mendalam……... 28
5. PEMBAHASAN ……. 30
5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian ……... 30
5.2. Peserta BPJS Mandiri di Kabupaten Malang Tahun 2016-2017…… 31
5.3. Jumlah Peserta BPJS Mandiri yang Menunggak di Kabupaten Malang Tahun 2016-2017……. 32
5.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi…. 34

5.5. Riwayat Katastropik pada Responden…… 35
5.6. Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Perpindahan Kelas Kepesertaan BPJS…… 37
5.7. Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS…… 38
5.8. Wawancara Mendalam……... 40
6. KESIMPULAN DAN SARAN …….. 41
6.1. Kesimpulan …….. 41
6.2. Saran ……..…….. 41
Daftar Pustaka ……..…….. 42
Lampiran ……..…….. 45

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Sarana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Malang Tahun 2016.....	18
Tabel 4.2	Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Malang Tahun 2017.....	19
Tabel 4.3	Karakteristik Demografi Responden …….....	23
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Alasan terkait Penyakit Katastropik di Kabupaten Malang Tahun 2017.....	24
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Riwayat penyakit Katastropik di Kabupaten Malang Tahun 2017.....	24
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Riwayat Penyakit Katastropik pada Anggota Keluarga di Kabupaten Malang Tahun 2017…	25
Tabel 4.7	Tabel Kelas Kepesertaan dan Jenis Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama..	25
Tabel 4.8	Crostabulasi Perpindahan Kelas Kepesertaan dan Sistem Pembayaran Iuran Kolektif.....	26
Tabel 4.9	Hasil Uji *Chi square* sistem pembayaran kolektif terhadap perpindahan kelas kepesertaan.....	26
Tabel 4.10	Crostabulasi Kepatuhan Pembayaran Iuran dan Sistem Pembayaran Iuran Kolektif.....	27
Tabel 4.11	Hasil Uji *Chi square* sistem pembayaran kolektif terhadap kepatuhan pembayaran iuran.....	27
Tabel 4.12	Kategorisasi Wawancara Mendalam Pihak BPJS Cab. Malang Raya Tahun 2017.....	28

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1	Jumlah Peserta BPJS Mandiri di Kabupaten Malang Tahun 2016-2017…	20
Gambar 4.2	Perbandingan Jumlah Peserta Mandiri dan Peserta Menunggak Tahun 2016-2017.....	20
Gambar 4.3	Perbandingan Jumlah Peserta Mandiri dengan Kolektibilitas Iuran……....	21
Gambar 4.4	Jumlah Peserta Menunggak Per Kecamatan di Kab. Malang Tahun 2016-2017.....	22

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Naskah Penjelasan.....	45
Lampiran 2	Formulir Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP) (*Informed Consent*).....	46
Lampiran 3	Kuesioner dan Panduan Wawancara Mendalam…….	47

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Undang-undang Dasar 1945 mengamanatkan bahwa jaminan kesehatan bagi masyarakat, khususnya yang miskin dan tidak mampu, adalah tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Daerah (Tim Parlementaria, 2016). Sebagai bentuk pelaksanaan amanat tersebut, pemerintah menerapkan sistem jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat. Pencapaian UHC (*Universal Health Coverage*) menjadi issue penting hampir diseluruh negara berkembang, dimana Indonesia menetapkan pencapaian UHC pada tahun 2019 mengingat kesehatan adalah hak dasar setiap orang, dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Sejak diberlakukannya BPJS pada 1 Januari 2014, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) terus berupaya untuk meningkatkan jumlah kepesertaan baik peserta PBI maupun Non PBI.

Jumlah kepesertaan BPJS hingga bulan Oktober 2016 adalah 169.574.010 peserta dengan rincian peserta PBI 14.461.185 orang, peserta PPU (Pekerja Penerima Upah) 40.260.548 orang dan peserta mandiri 23.685.869 orang[1]. Jumlah tersebut terus bertambah setiap saat.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merilis berita yang menyatakan bahwa pada tahun 2015 mengalami defisit anggaran sebesar Rp. 5.2 triliun dan diperkirakan pada tahun 2016 ketimpangan rasio klaim mencapai Rp. 7.06 triliun. Menurut Direktur Perencanaan Pengembangan dan Manajemen Risiko BPJS Kesehatan, Tono Rustiano, mengungkapkan bahwa terjadinya ketimpangan karena pendapatan iuran peserta lebih kecil dari biaya layanan kesehatan yang dikeluarkan[2].

Pemerintah berupaya untuk meminimalkan defisit anggaran dengan meningkatkan besaran iuran bulanan untuk peserta mandiri kelas satu dan dua. Peraturan Pesiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang JKN Pasal 16 F, menyebutkan bahwa iuran JKN bagi peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja sebesar Rp. 51.000,- per orang per bulan untuk kelas II dan sebesar Rp. 80.000,- per orang per bulan untuk kelas I[3].

Terbitnya Peraturan Presiden tersebut diiringi dengan adanya upaya pemerintah untuk meminimalkan defisit anggaran dengan menaikkan tarif diikuti dengan mekanisme pembayaran iuran yang lebih praktis. Berdasarkan Peraturan Direksi BPJS Nomor. 16 Tahun

2016 tentang Petunjuk Teknis Penagihan dan Pembayaran Iuran JKN, Pasal 3 (1) menyebutkan bahwa tagihan iuran Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Peserta (BP) adalah bersifat kolektif. Maksud dari bersifat kolektif adalah untuk seluruh anggota keluarga sebagaimana terdaftar pada Kartu Keluarga dan atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga[4].

Sistem pembayaran kolektif tersebut berlaku sejak 1 September 2016, sehingga transaksi pembayaran untuk seluruh anggota keluarga cukup dilakukan satu kali dengan menghitung jumlah iuran dari seluruh anggota yang terdaftar dalam KK tersebut. Manfaat dari sistem pembayaran kolektif adalah menghindari adanya penagihan *double*/berulang dan lebih praktis. Adapun sanksi yang akan diterima peserta BPJS bila tidak membayar tepat waktu, maka denda dan penonaktifan kepesertaan akan dilakukan oleh pihak BPJS.

Adanya sanksi keterlambatan pembayaran memunculkan tanggapan yang kontra terhadap kebijakan tersebut. Anggota Komisi IX, Ribka Tjiptaning (2016) mencibir aturan BPJS tersebut, karena berkaitan dengan penonaktifan terhadap kepesertaan BPJS sama halnya menutup akses mendapatkan pelayanan kesehatan lantaran keterlambatan membayar iuran. Ironisnya, kepesertaan penonaktifan berlaku bagi semua anggota keluarga yang tercantum dalam kartu keluarga[5]. Oleh sebab itu, untuk membuka kembali penonaktifan maka diharuskan terlebih dahulu melakukan pembayaran iuran.

Ribka menilai aturan tersebut sangat memberatkan keuangan para peserta BPJS Kesehatan mandiri, terutama mereka yang berpendapatan menengah ke bawah. Hal tersebut dikhawatirkan berpotensi terhadap penunggakan pembayaran iuran dan membuat banyak peserta tidak bisa menggunakan Kartu BPJS Kesehatan karena dinonaktifkan[5].

Berdasarkan kondisi tersebut diatas, perlu adanya penelitian untuk mengetahui hubungan sistem pembayaran iuran secara kolektif yang diterapkan BPJS terhadap perpindahan kelas kepesertaan dan kepatuhan peserta dalam membayar iuran bulanan.

1.2. Rumusan Masalah

Dari uraian di atas, maka rumusan masalah sebagai topik penelitian ini adalah hubungan sistem pembayaran iuran secara kolektif terhadap perpindahan kelas kepesertaan dan kepatuhan peserta dalam membayar iuran.

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Melakukan analisis hubungan sistem pembayaran iuran satu keluarga (kolektif) terhadap perpindahan kelas kepesertaan dan kepatuhan peserta dalam membayaran iuran bulanan.

Tujuan Khusus :

1. Mengetahui gambaran karakteristik sosio demografi peserta BPJS Mandiri di Kab Malang.
2. Mengetahui riwayat katastropik peserta BPJS Mandiri di Kab Malang.
3. Menganalisis hubungan sistem pembayaran satu keluarga (kolektif) terhadap perpindahan kelas kepesertaan BPJS
4. Menganalisis hubungan sistem pembayaran satu keluarga (kolektif) terhadap kepatuhan pembayaran iuran BPJS.

1.4. Manfaat

Manfaat dari penelitian ini adalah :

1. Bagi Pemerintah, mendapatkan gambaran tentang perubahan pembayaran iuran dari sistem individu ke sistem kolektif.
2. Bagi BPJS, mendapatkan informasi tentang hubungan sistem pembayaran satu keluarga (kolektif) terhadap perpindahan kelas kepesertaan BPJS dan kepatuhan pembayaran
3. Bagi masyarakat, memberikan informasi tentang sistem pembayaran iuran kolektif.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 BPJS Kesehatan

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tatacara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial sedangkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan itu sendiri. Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak[6].

2.2 Kepesertaan BPJS

Kepesertaan

Kepersertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional yang tercantum dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Prinsip kepesertaan bersifat 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[6].

Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014 hingga mencakup seluruh penduduk Indonesia paling lambat 1 Januari 2019. Peserta BPJS Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI) dan Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI) (bpjs-kesehatan.go.id). Road map JKN menetapkan bahwa *Universal Health Coverage* (UHC) diharapkan dapat tercapai pada tahun 2019. Berdasar

kerangka kerja tersebut, BPJS terus menggalakkan sosialisasi dalam rangka meningkatkan jumlah cakupan peserta, terutama kelompok masyarakat bukan penerima upah dan bukan pekerja atau Non PBI mandiri. Menurut kepala cabang BPJS Malang Raya, rendahnya cakupan kepesertaan BPJS di wilayah Kabupaten Malang dikarenakan masih banyak masyarakat yang termasuk dalam kategori Non PBI mandiri. Selain itu, wilayah Kabupaten yang luas juga membuat masyarakat enggan mengurus kepesertaan karena akses yang jauh dari kantor BPJS[7].

Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan menggolongkan peserta menjadi peserta PBI dan bukan PBI. Peserta PBI meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang ditetapkan dengan ketentuan peraturan perundang undangan.Sedangkan peserta bukan PBI merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

a. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya
b. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan anggota keluarganya, dan
c. Bukan Pekerja (BP) dan anggota keluarganya.

Berdasarkan krtiteria tersebut diatas, maka yang termasuk dalam kriteria peserta BPJS mandiri adalah peserta PBPU dan BP serta anggota keluarganya yang terdaftar dalam satu KK.

Penelitian terkait faktor yang mempengaruhi kepesertaan sektor informal menyimpulkan bahwa masyarakat yang mempunyai dukungan keluarga kemungkinan besar mengikuti BPJS Kesehatan mandiri, dan masyarakat yang tidak mendapat dukungan keluarga cenderung tidak mengikuti BPJS Kesehatan mandiri[8]. Menurut penelitian tentang kepesertaan BPJS yang dilakukan pada kelompok nelayan, disimpulkan bahwa masih rendahnya peserta BPJS Kesehatan pada sektor informal disebabkan beberapa faktor antara lain prosedur dan tempat pendaftaran, pembayaran premi yang masih menyulitkan, serta anggapan masih ada biaya tambahan pada pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan[9].

Sistem Pembayaran Iuran

Definisi iuran menurut Peraturan presiden No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan pada pasal 16 menyebutkan bahwa Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan. Iuran untuk peserta BPJS mandiri dibayar oleh peserta yang

bersangkutan dimana besaran jumlah ditetapkan sesuai dengan kelas kepesertaan. Sedangkan pada pasal 17 menjelaskan bahwa peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal.

Besaran iuran untuk peserta PBPU dan BP untuk masing-masing kelas keperawatan telah ditetapkan pada Peraturan presiden no. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dan di revisi dengan Peraturan Presiden No. 19 tahun 2016, sebagai berikut :

a. Sebesar Rp 30.000,00 (tiga puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
b. Sebesar Rp 51.000,00 (Lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
c. Sebesar Rp 80.000,00 (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

Salah satu prinsip jaminan kesehatan adalah gotong royong, yang sebenarnya prinsip tersebut sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, 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. Dengan demikian, melalui prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia[6].

Dalam rangka optimalisasi dan menjaga kelancaran penerimaan iuran, BPJS menerbitkan Peraturan Direksi BPJS Nomor 16 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penagihan dan pembayaran Iuran JKN Pasal 3 Peraturan tersebut menyebutkan bahwa:

(1) Tagihan iuran peserta bukan penerima upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) adalah bersifat kolektif untuk seluruh anggota keluarga sebagaimana yang terdaftar pada Kartu Keluarga dan atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga.
(2) Metode penggabungan tagihan peserta PBPU dan BP adalah dengan menggabungkan masing-masing total tagihan peserta yang terdaftar dalam kartu keluarga dan atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga.

Terkait dengan waktu pembayaran iuran, pada pasal 9 Peraturan BPJS No 16 Tahun 2016 disebutkan:

(1) Waktu Pembayaran iuran oleh peserta dan pemberi kerja adalah tanggal 1 (satu) sampai dengan tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.

(2) *Channel* pembayaran iuran jaminan kesehatan dapat berupa perbankan atau non perbankan.

Sistem Denda

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2016) denda adalah hukuman yang berupa keharusan membayar dalam bentuk uang (karena melanggar aturan, undang-undang dan sebagainya).

Berdasarkan Peraturan Direksi BPJS Nomor 2 Tahun 2016 tentang Tata Cara Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Dan Pembayaran Denda Akibat Keterlambatan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan, Pasal 19:

(1) Peserta dan Pemberi Kerja, wajib membayar Iuran Jaminan Kesehatan kepada BP.IS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.

(2) Dalam hal keterlambatan pembayaran iuran Jaminan Kesehatan lebih dari satu bulan sejak tanggal 10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), penjaminan Peserta diberhentikan sementara.

(3) Pemberhentian sementara penjaminan Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berakhir dan status kepesertaan aktif kembali apabila Peserta;

a. Membayar iuran bulan tertunggak paling banyak untuk waktu 12 (duabelas) bulan; dan

b. Membayar iuran pada bulan saat Peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan

Pasal 20 pada peraturan tersebut menyebutkan:

(1) Dalam waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (3), Peserta atau Pemberi Kerja wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan untuk setiap pelayanan kesehatan rawat inap yang diperolehnya.

(2) Denda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebesar 2,5% (dua koma lima persen) dari biaya pelayanan kesehatan untuk setiap bulan tertunggak dengan ketentuan:

a. Jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan; dan

b. Besar denda paling tinggi Rp 30.000.000,00 (tiga puluh juta rupiah).

(3) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan biaya pelayanan yang dihitung berdasarkan biaya yang terbentuk dari diagnose akhir Peserta yang disampaikan oleh Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

Pindah Kelas Perawatan

Peserta BPJS berhak untuk pindah kelas perawatan sebagaimana yang telah diatur pada Permenkes No. 64 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program JKN pasal 16. Peserta BPJS yang menginginkan kelas pelayanan rawat inap yang lebih tinggi dari haknya, harus membayar tambahan biaya dengan ketentuan:

a. Untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap ke kelas 2 atau kelas 1, tambahan pembayaran adalah sebesar selisih antara tarif INA-CBG pada kelas rawat inap yang lebih tinggi terhadap tarif INA CBG pada kelas rawat inap yang sesuai hak peserta; dan
b. Untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap ke kelas VIP, tambahan pembayaran adalah sebesar selisih antara tarif kamar rawat inap kelas VIP terhadap tarif kamar rawat inap padakelas yang menjadi hak peserta, sesuai lama waktu rawat.

Pembayaran besaran selisih biaya dapat dilakukan oleh peserta, pemberi kerja dan/atau asuransi kesehatan tambahan.

2.3 Riwayat Katastropik pada Responden

Biaya pengobatan rawat inap berdasarkan tarif rumah sakit kelas A jauh lebih besar dibandingkan kelas B dan RS Khusus, biaya klaim berdasarkan INA-CBGs jauh lebih besar di rumah sakit kelas A dibanding kelas B dan RS Khusus. Komponen biaya yang banyak peruntukannya adalah biaya akomodasi, tindakan ruangan, pemeriksaan laboratorium, tindakan intervensi non bedah untuk jantung, tindakan operasi untuk kanker serta biaya obat-obatan meskipun tidak menyebabkan kerugian di pihak rumah sakit[10].

Penelitian terkait analisis biaya rawat jalan pasien gagal ginjal pada peserta ASKES menunjukkan bahwa biaya medis asuransi pasien Hemodialisa (HD) lebih tinggi dari Peritoneal Dialisis Mandiri Berkesinambungan (PDMB)[11]. Menurut meneteri kesehatan dalam sebuah forum koordinasi yang membahas tentang Perkembangan dan Tantangan Implementasi JKN, menyatakan bahwa telah terjadi perubahan kondisi epidemologi dari

beban penyakit yang disebabkan oleh penyakit menular bergeser ke Penyakit Tidak Menular (PTM). Data WHO untuk beban penyakit global (*global burden disease*), pada tahun 1990 proporsi beban penyakit menular sebesar 56% sedangkan beban penyakit tidak menular 37% dari total beban penyakit, sedangkan pada tahun 2015 penyakit tidak menular menyumbang sebesar 57% dari beban penyakit dan penyakit menular menyumbangkan 30% dari total beban penyakit[12].

Pasien dengan penyakit katastropik merasa dimudahkan dengan adanya BPJS yang menanggung hampir seluruh perawatan dan pengobatan yang dilaksanakan. Dengan adanya prinsip gotong royong diharapkan seluruh masyarakat dapat terlayani dengan baik. Akan tetapi setelah tiga tahun lebih pelaksanaan BPJS, defisit anggaran terus terjadi pada BPJS. Disampaikan oleh Menteri Kesehatan dalam raker bersama anggota DPR, bahwa penyakit katastropik menyerap anggaran BPJS 30% dari total anggaran[13]. Bahkan organisasi profesi IDI (Ikatan Dokter Indonesia) mengusulkan jika pemerintah sulit untuk meningkatkan iuran premi, maka cara lain adalah mengeluarkan penyakit katastropik dari pembiayaan JKN agar defisit anggaran tidak terus terjadi[14].

Sebagai ilustrasi perhitungan, BPJS kesehatan mencontohkan pembiayaan hemodialisa pada pasien gagal ginjal oleh peserta BPJS. Pasien gagal ginjal harus menjalani cuci darah (hemodialisa) 2 sampai 3 kali seminggu. Setiap kali cuci darah memerlukan biaya sekitar Rp1 juta. Sehingga, dalam satu bulan memerlukan biaya Rp12 juta. Bagi seorang PNS setiap bulan gajinya dipotong sekitar Rp 40 ribu untuk satu keluarga. Artinya, untuk menutupi biaya sekali cuci darah diperlukan iuran dari 25 keluarga PNS. Jadi, dalam satu bulan atau 12 kali cuci darah harus ada 300 keluarga PNS yang sehat untuk membiayai 1 orang yang sakit gagal ginjal[15].

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa terdapat hubungan antara kepemilikan riwayat penyakit kronis dengan kepemilikan asuransi kesehatan komersial ($p = 0{,}013$)[16].

Tingginya antusiasme masyarakat untuk mendaftar JKN mandiri ternyata tidak selamanya berdampak positif. Besarnya antusiasme ini justru menimbulkan masalah karena sebagian besar peserta yang mendaftar adalah peserta yang sakit. Akibatnya, risiko *adverse selection* pada kelompok peserta PBPU menjadi tinggi[17].

Penggunaan layanan kesehatan oleh peserta PBPU sejak pertama kali mendaftar sampai dengan akhir bulan pertama lebih besar dibandingkan dengan keseluruhan jumlah peserta JKN. Namun, penggunaan mulai bulan kedua hingga bulan kelima lebih kecil

dibandingkan dengan peserta JKN secara umum. Hal ini menunjukkan adanya indikasi pendaftaran JKN karena membutuhkan pelayanan kesehatan dalam waktu dekat[17].

2.4 Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS

Penelitian yang dilakukan oleh Putri (2016) tentang faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta BPJS mandiri menyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan, jumlah pendapatan, dan jumlah anggota keluarga dengan kepatuhan peserta mandiri membayar iuran JKN di Kota Padang[18]. Selain tempat pembayaran iuran, pendapatan, pengeluaran rata-rata perbulan, dan motivasi memiliki hubungan signifikan terhadap keteraturan membayar iuran pada pasien peserta mandiri JKN[19].

Berdasarkan hasil analisis multivariat dari dua belas variabel independen hanya empat variabel yang berpengaruh pada keterlambatan membayar iuran BPJS Kesehatan dengan nilai CI 95% yaitu variabel umur < 35 tahun, status ekonomi (kuintil 1), jumlah anggota keluarga ≥ 5 orang, dan nilai CI 90% yaitu status menikah[20].

Hasil penelitian tentang keberlanjutan pembayaran iuran pada peserta BPJS mandiri menunjukkan hasil bahwa sekitar 30% dari peserta mandiri di daerah survei tidak membayar iuran sebagaimana seharusnya. Hal ini diperburuk dengan rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat terhadap pentingnya asuransi kesehatan (*insurance literacy*)[21].

Sejak 1 November 2014 BPJS Kesehatan memberlakukan beberapa peraturan baru melalui, Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 211 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran dan Penjaminan Peserta Perorangan BPJS Kesehatan, untuk menurunkan risiko tersebut, diantaranya:

a. Pemberlakuan pendaftaran untuk seluruh keluarga. Ketentuan ini telah sesuai dengan Perpres Jaminan Kesehatan yang menyatakan bahwa PBPU wajib mendaftarkan dirinya dan keluarganya dalam program JKN. Meskipun demikian, ketentuan ini menjadi salah satu menghambat PBPU dengan penghasilan terbatas untuk mendaftar JKN.
b. Kartu peserta baru aktif satu minggu setelah pembayaran iuran pertama dilakukan, kecuali bagi bayi baru lahir dari peserta PBPU di kelas III yang mendapatkan rekomendasi dari Dinas Sosial setempat. Ketentuan ini diberlakukan untuk mendorong masyarakat mendaftar sebelum mengalami sakit sehingga menurunkan risiko *adverse selection.*

Peserta yang mendaftar pada saat rawat inap tidak bisa menggunakan kartu JKN untuk periode perawatan tersebut. Peraturan ini dibuat untuk mengurangi risiko finansial akibat *adverse selection*. Akibat peraturan ini, pelayanan pada bayi baru lahir PBPU di faskes tidak ditanggung karena belum didaftarkan pada BPJS Kesehatan. Akhirnya, pada Maret 2015, BPJS Kesehatan mengeluarkan peraturan baru yang mengatur tentang pendaftaran BPJS Kesehatan pada janin peserta PBPU yang berada di dalam kandungan[17].

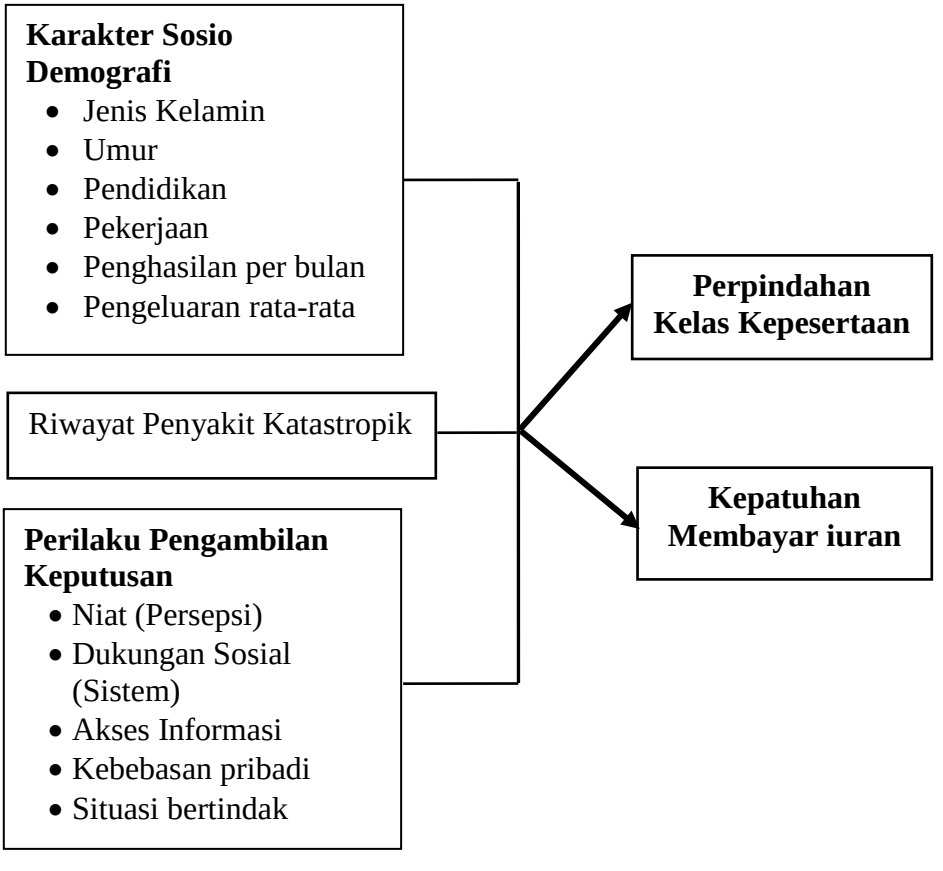
BAB 3
METODE PENELITIAN

3.1. Kerangka Teori

Teori Snehandu B. Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari:

a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behaviour intention*).
b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social-support*).
c. Ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
d. Otonomi pribadi, yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

3.2. Kerangka Konsep



Kerangka konsep tersebut disusun menggunakan pendekatan Teori Snehandu B.Kar (1983) yang terdiri dari lima fungsi:

a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatan (*behaviour itention*)
b. Dukungan sosial (sistem) dari lingkungan di sekitarnya (*social support*).
c. Ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan (*accessibility of information*)
d. Kebebasan/Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*)
e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*)

Berdasarkan kerangka konsep tersebut, maka Variabel bebas dalam penelitian adalah Niat (X1), Dukungan Sosial (X2), Akses Informasi (X3), Kebebasan pribadi (X4) dan Situasi bertindak (X5). Kelima variabel bebas dalam penelitian ini merupakan bagian dari suatu sistem yang pada akhirnya orang akan membuat keputusan bertindak untuk turut serta dalam program BPJS, dimana dalam program ini sifatnya satu keluarga (kolektif)

Sedangkan variabel terikatnya adalah Perpindahan Kelas Kepesertaan BPJS (Y1) dan Kepatuhan pembayaran iuran (Y2). Sehingga terdapat dua hipotesisi penelitian.

Pada penelitian ini menggunakan paradigma ganda dengan lima variabel bebas dan dua variabel terikat. Dimana kedua variabel terikat saling lepas, sehingga tidak dilakukan analisa.

Hipotesis 1

H_0 : terdapat hubungan sistem pembayaran satu keluarga (kolektif) terhadap perpindahan kelas kepesertaan BPJS Mandiri

H_1 : tidak terdapat hubungan sistem pembayaran satu keluarga (kolektif) terhadap perpindahan kelas kepesertaan BPJS Mandiri

Hipotesis 2

H_0 : terdapat hubungan sistem pembayaran satu keluarga (kolektif) terhadap kepatuhan pembayaran iuran BPJS Mandiri

H_1 : tidak terdapat hubungan sistem pembayaran satu keluarga (kolektif) terhadap kepatuhan pembayaran iuran BPJS Mandiri

3.3. Definisi Operasional

Definisi operasional penelitian disusun dari berbagai referensi sehingga

Variabel	Definisi Operasional	Metode Pengumpulan Data	Kategori	Skala data
Perpindahan kelas kepesertaan BPJS	Perubahan kelas perawatan BPJS baik naik kelas maupun turun kelas	Kuesioner	1. Naik 2. Turun 3. Tetap 4. Berhenti	Nominal
Kepatuhan pembayaran	Ketepatan waktu pembayaran iuran bulanan peserta BPJS mandiri	Kuesioner	1. Sangat patuh 2. Patuh 3. Tidak Patuh	Ordinal
Jenis Kelamin	Status biologis yang membedakan antara pria dan wanita.	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Umur	Lama waktu hidup responden ketika dilakukan wawancara, yang dihitung dari ulang tahun terakhir	Kuesioner	a. Remaja awal : 14-17 tahun b. Remaja akhir : 18-21 tahun c. Dewasa awal : 22-40 tahun d. Setengah baya : 41-60 tahun e. Tua : > 60 tahun (Depkes, 2000)	Ordinal
Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang di selesaikan responden	Kuesioner	1.Tidak tamat SD 2. Tamat SD 3. Tamat SLTP 4. Tamat SMU/SMK 5. PT	Ordinal
Pekerjaan	Jenis pekerjaan responden yang memberi penghasilan	Kuesioner	1. Tidak bekerja 2. Petani/Pedagang 3. Wiraswasta 4. Pensiunan/ Veteran 5. Investor 6. Lainnya	Ordinal
Penghasilan	Jumlah penerimaan keuangan per bulan peserta BPJS	Kuesioner	1. Rendah 2. Sedang 3. Tinggi	Nominal
Pengeluaran	Jumlah biaya hidup yang dikeluarkan oleh responden setiap bulan	Kuesioner	Total Pengeluaran = Pengeluaran pangan + Pengeluaran Non Pangan (Susenas, 2014)	Rasio

Riwayat Penyakit Katastropik	Ada tidaknya riwayat/pengalaman penyakit berbiaya tinggi dan secara komplikasi dapat membahayakan jiwa pada responden. Jenis penyakit katastropik diantaranya penyakit jantung, kanker, stroke, ginjal dan lain lainnya	Kuesioner	1. Ada 2. Tidak ada	Nominal
Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	Penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, maupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan layanan kesehatan tersebut	Kuesioner	1. Pernah 2. Tidak pernah	Nominal
Niat	Suatu bentuk pikiran yang nyata dari refleksi rencana peserta untuk mengikuti atau tidak mengikuti suatu program	Kuesioner	1. Terus mengikuti 2. Berhenti mengikuti	Nominal
	Suatu bentuk pikiran yang nyata dari refleksi rencana peserta untuk patuh atau tidak patuh dalam membayar iuran	Kuesioner	1. Patuh 2. Tidak Patuh	Nominal
Dukungan Sosial/ Sistem	Ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat melalui pengetahuan	Kuesioner	1. Mudah 2. Sulit	Nominal
Akses Informasi	Ada tidaknya informasi yang berdampak pada pengetahuan responden terhadap sistem pembayaran kolektif BPJS	Kuesioner	1.Tinggi (≥ mean) 2. Rendah (< mean)	Ordinal
	Ada tidaknya informasi yang berdampak pada pengetahuan responden terhadap kepatuhan pembayaran iuran BPJS	Kuesioner	1.Tinggi (≥ mean) 2. Rendah (< mean)	Ordinal
Personal autonomi	Keputusan atau tindakan seseorang yang bersumber dari kesadaran diri sendiri	Kuesioner	1. Mengikuti 2. Tidak mengikuti	Nominal
			1. Membayar tepat waktu 2. Membayar tidak tepat waktu	
Situasi	Situasi yang memungkinkan untuk bertindak	Kuesioner	1. Mendukung 2. Tidak mendukung	Nominal

3.4. Desain dan Jenis Penelitian

Merupakan penelitian kuantitatif non intervensi dengan rancangan survei potong lintang (*cross sectional*).

3.5. Tempat dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian di Kabupaten Malang. Penelitian dilaksanakan pada tahun 2017 selama kurang lebih delapan bulan.

3.6. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh peserta BPJS mandiri yang telah terdaftar di Kab. Malang pada tahun 2016. Jumlah peserta mandiri BPJS yang terdaftar hingga bulan Oktober 2016 sejumlah 136.830 peserta. Sampel penelitian adalah peserta BPJS Mandiri di Kab. Malang yang telah memanfaatkan kartu keanggotaannya. Jumlah sampel atau responden yang diwawancara dihitung menggunakan metode simple random sampling dengan rumus Slovin (Sugiyono, 2001):

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

Keterangan :

n = Jumlah sampel
N = Jumlah populasi
e = Persentase kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahan pengambilan sampel dalam penelitian ini 5%

Jika N sejumlah 136.830 peserta dan e sebesar 0,05, maka diperoleh jumlah minimal sampel 398,83 ≈ 399 responden. Unit analisis pada penelitian ini adalah KK (Kepala Keluarga), berdasarkan data BPS (2016) rata-rata anggota Rumah tangga di Kab. Malang adalah 3,7≈4. Sehingga diperoleh jumlah sampel KK 399/4 = 99,75 ≈ 100 responden KK.

3.7. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah peserta BPJS Mandiri di Kab. Malang yang telah memanfaatkan kartu keanggotaannya pada saat dilakukan pengumpulan dan telah menjadi anggota BPJS minimal 1 tahun (Bulan Agustus 2016). Sedangkan kriteria eksklusi adalah peserta BPJS yang menolak untuk diwawancarai dan bukan peserta BPJS mandiri Kab. Malang.

3.8. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data di lapangan berupa kuesioner terstruktur dan pedoman wawancara mendalam. Pengumpulan data primer dilakukan menggunakan kuesioner kepada peserta BPJS mandiri yang terpilih sebagai sampel. Wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara dilakukan kepada kepada pemangku kebijakan (Kepala Cabang BPJS atau yang mewakili).

3.9. Analisis Data

Data yang diperoleh dari hasil penelitian akan diolah dengan terlebih dahulu melakukan editing dan pemberian skor kemudian membuat tabulasi dan didistribusikan menurut kategorinya. Penentuan skor dilakukan terhadap variabel Niat, Dukungan Sosial (Sistem), Akses informasi, Personal autonomi dan situasi pendukung.

Untuk penentuan skor variabel menggunakan metode penghitungan dengan Skala Likert. Skala Likert terdiri dari kategori Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS) dan Sangat Tidak Setuju (STS) dimana skor responden pada setiap kategori merupakan rating dan akan dijumlahkan. Cara menginterpretasikan skor dilakukan dengan menjumlahkan nilai dari seluruh pernyataan dan membandingkannya dengan skor standar. Skor standar yang digunakan adalah skor-T, dengan rumus sebagai berikut:

$$T = 50 + 10 \left[\frac{x - x}{s} \right]$$

Keterangan:

X : Skor responden pada skala persepsi yang hendak diubah menjadi skor T

X : Mean Skor kelompok

S : Standar deviasi skor kelompok

Jika skor yang diperoleh lebih dari 50, maka persepsi seseorang dikategorikan dalam persepsi yang mendukung dan bila kurang dari 50, maka persepsi seseorang dikategorikan dalam persepsi yang tidak mendukung (Azwar, 2000).

Setelah dilakukan koding, editing dan penentuan skor, hasil yang sudah dikategorikan kemudian dianalisis dengan uji statistik untuk mengetahui ada tidaknya hubungan variabel independen terhadap dependen dengan menggunakan uji *chi square*. Terdapat dua variabel dependen yaitu perpindahan kelas kepesertaan dan kepatuhan pembayaran iuran. Kedua variabel dependen tersebut dianalisa secara parsial dan tidak dilakukan analisa multivariate.

Variabel yang akan diuji statistik adalah variabel sosio demografi, riwayat penyakit katastropik dan perilaku pengambilan keputusan.

Variabel sosio demografi yang akan diuji secara statistic meliputi pendapatan dan pengeluaran rata-rata per bulan. Sedangkan variabel Umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dianalisa secara deskriptif.

Variabel Perilaku pengambilan keputusan yang akan diuji terdiri dari niat, dukungan sosial/sistem, akses informasi, kebebasan pribadi dan situasi bertindak.

BAB 4
HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Malang merupakan salah satu kabupaten di wilayah Provinsi Jawa Timur dengan luas wilayah sekitar 2.977,05 km^2. Sebelah Utara-Timur berbatasan langsung dengan Kabupaten Pasuruan dan Probolinggo, di sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Lumajang. Sebelah selatan berbatasan dengan Samudera Indonesia, sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Blitar dan sebelah barat-utara berbatasan dengan Kabupaten Kediri dan Mojokerto.

Menurut hasil proyeksi, jumlah penduduk Kabupaten Malang pada tahun 2016 adalah 2.560.675 jiwa terdiri dari laki-laki 1.286.867 (50,25%) jiwa dan perempuan 1.273.808 (49,75%) jiwa tersebar di 33 kecamatan. Jumlah penduduk terbanyak adalah Kecamatan Singosari yaitu 165.357 jiwa.

Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2016, pengeluaran per kapita setiap bulan masyarakat di Kabupaten Malang terbanyak pada rentang Rp. 300.000,00 – Rp. 499.999,00. (BPS Kab. Malang, 2017). Sedangkan data BPS (2017) Upah Minimum Regional tahun 2016 sebesar Rp. 2.188.000.

Jumlah fasilitas kesehatan kesehatan di Kabupaten Malang pada tahun 2016 berdasarkan data BPS Kab. Malang dan Dinas Kesehatan Kab. Malang adalah:

Tabel 4.1. Sarana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Malang Tahun 2016.

No	Sarana Pelayanan Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit	24
2	Rumah Bersalin	12
3	Puskesmas	39
4	Posyandu	2838
5	Klinik/Balai Kesehatan	44
6	Polindes	390

Sumber: BPS Kab. Malang, 2017

Sedangkan jumlah tenaga kesehatan di wilayah Kabupaten Malang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2. Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Malang Tahun 2017

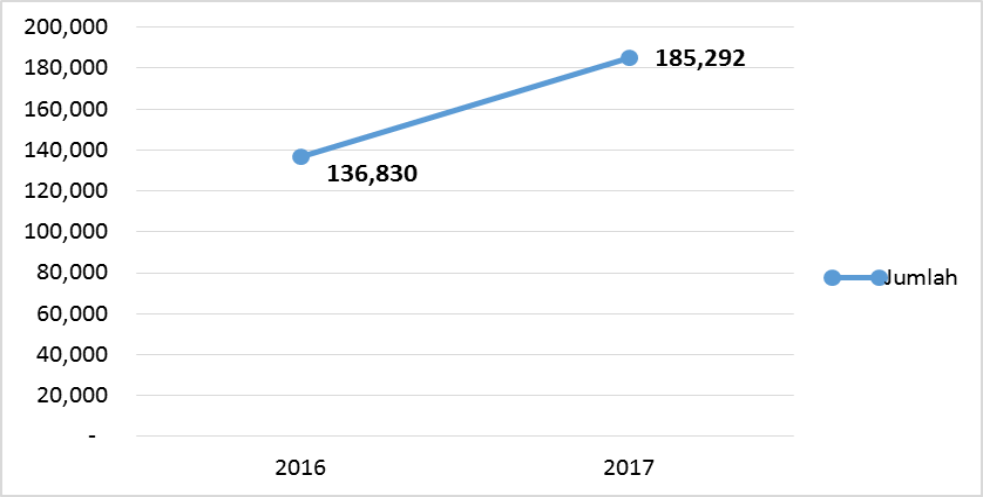
No	Jenis Tenaga	RS&Puskesmas	Dinas Kesehatan	Jumlah
1	Dokter Spesialis	316	-	316
1	Dokter Umum	169	79	248
2	Dokter Gigi	70	51	121
3	Bidan	327	661	988
4	Perawat	1.851	659	2.51
5	Perawat Gigi	13	22	35
6	Farmasi	214	39	253
7	Kesehatan Masyarakat	36	4	40
8	Kesehatan Lingkungan	22	26	48
9	Gizi	74	34	108
10	Keterapian Fisik	27	-	27
11	Keterapian Medis	230	29	259
12	Tenaga Penunjang	1.476	435	1.911
	JUMLAH	4.825	2.039	6.864

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Malang, 2017

4.2. Peserta BPJS Mandiri di Kabupaten Malang Tahun 2016-2017

Jumlah peserta BPJS tahun 2016 sebesar 1.126.564 jiwa dan 754.385 diantaranya tercatat sebagai peserta PBI (BPS, 2016). Pada tahun 2017 hingga bulan September 2017 tercatat jumlah peserta BPJS adalah 1.213.672 jiwa (BPJS Malang, 2017). Terjadi peningkatan jumlah peserta BPJS Mandiri sebesar 7.7%. jika dibandingkan dengan jumlah penduduk kabupaten pada tahun 2016, maka capaian kepesertaan BPJS Kabupaten Malang sebesar 47,39%.

Peserta BPJS terdiri dari peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) yang terdiri dari peserta Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP). Jumlah Peserta BPJS Mandiri (PBPU dan BP) merupakan peserta yang tidak ditanggung oleh pemberi kerja maupun pemerintah, sehingga setiap bulan mereka harus rutin membayar iuran sebagai bentuk kewajiban sebagai peserta. Jumlah peserta BPJS mandiri pada tahun 2016-2017 dapat dilihat pada tabel berikut.

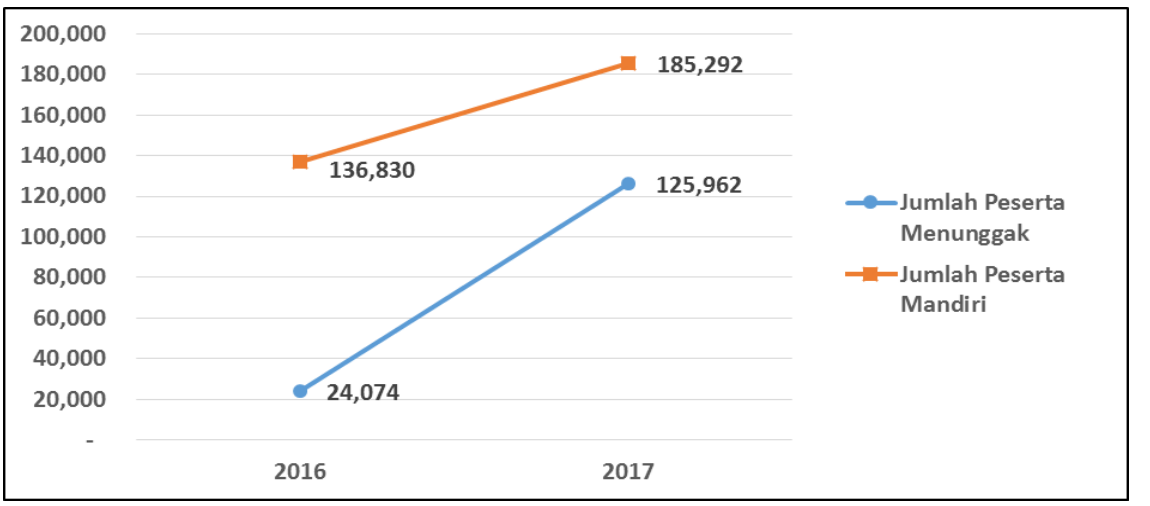


Gambar 4.1. Jumlah Peserta BPJS Mandiri di Kabupaten Malang Tahun 2016-2017

Berdasarkan gambar diatas, terdapat peningkatan jumlah peserta BPJS Mandiri di Kabupaten Malang dari tahun 2016 ke tahun 2017 sebesar 35.42%. Kondisi tersebut karena semakin tingginya kesadaran masyarakat tentang kepemilikan kartu kepesertaan BPJS dan semakin gencarnya upaya sosialisasi yang dilakukan oleh BPJS melalui berbagai media massa.

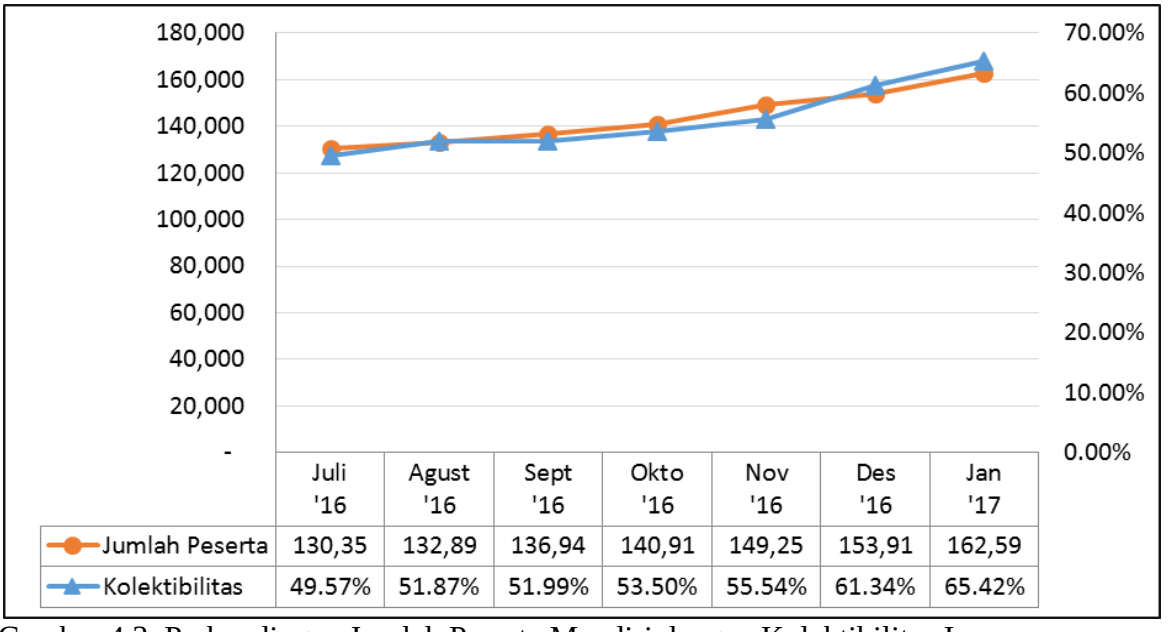
4.3. Jumlah Peserta BPJS Mandiri yang Menunggak di Kabupaten Malang Tahun 2016-2017

Data BPJS Cabang Malang Raya pada Tahun 2016 menunjukkan sebanyak 24.074 peserta sedangkan pada tahun 2017 BPJS Mandiri di Kabupaten Malang menunggak pembayaran iuran tercatat 125.962 peserta, seperti pada tabel berikut.



Gambar 4.2. Perbandingan Jumlah Peserta Mandiri dan Peserta Menunggak Tahun 2016-2017

Berdasarkan gambar diatas, dapat dilihat bahwa peningkatan jumlah peserta pada tahun 2016 ke tahun 2017 adalah 35,42%. Sedangkan jumlah peserta mandiri yang menunggak iuran, terjadi peningkatan yang cukup tinggi hingga 423% atau empat kali lipat dari tahun sebelumnya. Walaupun terjadi peningkatan dalam jumlah peserta yang menunggak, akan tetapi tingkat kolektibilitas iuran pada peserta mandiri juga meningkat.

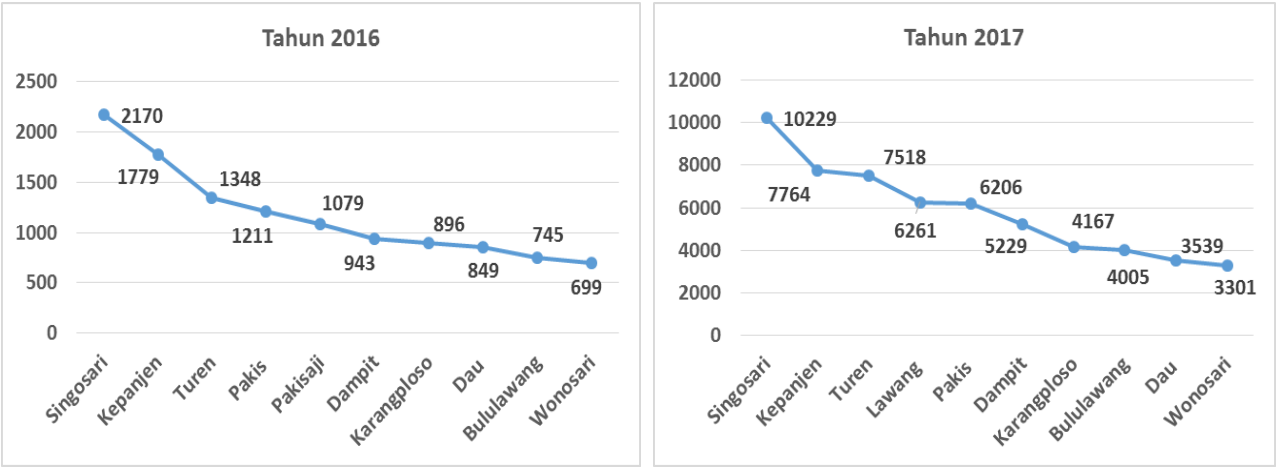


	Juli '16	Agust '16	Sept '16	Okto '16	Nov '16	Des '16	Jan '17
Jumlah Peserta	130,35	132,89	136,94	140,91	149,25	153,91	162,59
Kolektibilitas	49.57%	51.87%	51.99%	53.50%	55.54%	61.34%	65.42%

Gambar 4.3. Perbandingan Jumlah Peserta Mandiri dengan Kolektibilitas Iuran

Berdasarkan gambar diatas, dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan kolektibilitas iuran pada peserta BPJS mandiri dari sebelum adanya peraturan pembayaran iuran secara kolektif hingga diberlakukannya peraturan tersebut. Jumlah peningkatan sebesar 15.85%. Peningkatan tersebut tidak lepas dari adanya kader BPJS yang mulai digerakkan.

Awal mula tujuan perekrutan kader BPJS adalah untuk menjangkau peserta BPJS mandiri yang menunggak. Kader bertugas *door to door* untuk menyampaikan surat penagihan kepada peserta dan menerima pembayaran tagihan dari peserta apabila peserta tersebut bersedia melunasi pada saat kader datang. Jumlah peserta yang menunggak pada tahun 2016 dan 2017 meningkat cukup tajam seperti tampak pada gambar berikut.



Gambar 4.4. Peserta Menunggak pada 10 Kecamatan di Kab. Malang Tahun 2016-2017

Pada tahun 2016 peserta BPJS mandiri Kabupaten Malang yang menunggak pembayaran iuran sebanyak 24.074 peserta yang tersebar pada 33 kecamatan. Kecamatan dengan jumlah peserta menunggak terbanyak adalah kecamatan Singosari (2170). Sedangkan pada Tahun 2017 terjadi peningkatan jumlah peserta BPJS Mandiri yang menunggak di Kabupaten Malang. Pada Tahun 2017 tercatat sebanyak 125.962 peserta atau naik 5,2 kali lipat dari Tahun 2016 dan Kecamatan Singosari masih tercatat sebagai kecamatan dengan peserta mandiri yang menunggak terbanyak (10.229 peserta).

Menurut informasi Kabid Kepesertaan BPJS Cabang Malang Raya terkait dengan jumlah peserta yang menunggak setiap tahun mengalami peningkatan

> "Untuk cakupan maunya kami cepat tercapai supaya banyak masyarakat segera terdaftar, tetapi ya itu seiring dengan kondisi di lapangan bahwa 100 yang mendaftar, maka sekitar 50 yang menunggak. 150 yang daftar maka 75 yang menunggak. Jadi yang menunggak hampir separuh".

4.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi

Gambaran karakteristik demografi responden terdiri dari jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, pengeluaran per bulan dan kelas kepesertaan seperti pada tabel berikut.

Tabel 4.3. Karakteristik Demografi Responden

Karakteristik	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	33	33
Perempuan	67	67
Usia		
15-24	8	8
25-34	24	24
35-44	27	27
45-54	23	23
55-64	14	14
65-74	4	4
Tingkat Pendidikan		
Tidak tamat SD	4	4
Tamat SD	19	19
Tamat SMP	27	27
Tamat SMA	41	41
Perguruan tinggi	9	9
Pekerjaan		
Tidak bekerja	2	2
Pegawai	23	23
Wiraswasta	28	28
Petani/Nelayan/Buruh	6	6
Lainnya (Ibu rumah tangga)	41	41
Pendapatan		
Rendah	33	33
Sedang	43	43
Tinggi	13	13
Pengeluaran		
Rendah	33	33
Sedang	31	31
Tinggi	7	7

Berdasarkan tabel tersebut di atas, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden adalah perempuan yaitu sebesar 67%, dengan pekerjaan terbanyak adalah sebagai ibu rumah tangga (41%). Sedangkan berdasarkan rentang umur kelompok terbanyak (27%) berada pada kelompok umur 35-44 tahun dan paling rendah berada pada kelompok umur 65-74 (4%).

Tingkat pendidikan responden terdiri dari tidak tamat SD hingga tamat perguruan tinggi. Tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah tamat SMA (41%) dan tingkat pendidikan terendah adalah tidak tamat SD (4%).

Data BPS (2017) menunjukkan bahwa Upah Minimum Regional (UMR) untuk wilayah Kabupaten Malang telah ditetapkan sebesar Rp. 2.188.000,-. Berpatokan dari nilai UMR tersebut tingkat pendapatan responden dikelompokkan menjadi 4. Sebagian besar responden (43%) berada pada tingkat pendapatan sedang, sedang 11% responden tidak bersedia memberikan informasi tentang besarnya jumlah pendapatan keluarga setiap bulan.

Mengacu pada kelompok pendapatan, pengeluaran per bulan responden yang terbanyak berada pada tingkat rendah (33%), sedangkan responden yang tidak berkenan menjawab besaran pengeluaran perbulan sebanyak 29%.

4.5. Riwayat Katastropik pada Responden

Banyaknya peserta dengan riwayat penyakit katastropik, menyebabkan beban anggaran BPJS semakin tinggi dari tahun ke tahun. Gambaran alasan masyarakat mendaftar dengan adanya riwayat penyakit katastropik dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabe 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Alasan terkait Penyakit Katastropik di Kabupaten Malang Tahun 2017

Riwayat Penyakit Katastropik	Jumlah	%
Ya	42	42
Tidak	58	58
Total	**100**	**100**

Berdasarkan tabel tersebut diatas, dari 100 responden terdapat 42 responden (42%) yang menyatakan bahwa alasan keikutsertaannya pada BPJS mandiri adalah karena adanya penyakit katastropik yang mengharuskan peserta rutin berobat setiap bulan.

Gambaran responden terkait adanya riwayat penyakit katastropik dapat dilihat poada table berikut.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Riwayat penyakit Katastropik di Kabupaten Malang Tahun 2017

Riwayat Penyakit Katastropik	Jumlah	%
Ada	22	22
Tidak	78	78
Total	**100**	**100**

Berdasarkan tabel tersebut diatas, sebagian besar responden (78%) menyatakan tidak memiliki riwayat penyakit katastropik. Mereka mendaftar BPJS karena adanya kesadaran pribadi untuk wajib memiliki kartu BPJS. Sedangkan 22% sisanya menyatakan bahwa memiliki riwayat penyakit katastropik.

Responden yang menyatakan memiliki maupun tidak memiliki riwayat penyakit katastropik, setelah ditanyakan lebih lanjut terdapat 31 orang (31%) yang menyatakan bahwa anggota keluarga mereka yang terdaftar dalam satu KK memiliki riwayat penyakit katastropik sehingga harus rutin periksa ke dokter.

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Riwayat Penyakit Katastropik pada Anggota Keluarga di Kabupaten Malang Tahun 2017

Riwayat Penyakit Katastropik pada Keluarga	Jumlah	%
Ada	31	31
Tidak	69	69
Total	**100**	**100**

Berdasarkan tabel diatas 69% responden menyatakan tidak ada riwayat penyakit katastropik dalam anggota keluarga dan sebanyak 31% responden menyatakan bahwa terdapat anggota keluarga yang memiliki penyakit katastropik. Banyaknya masyarakat yang memiliki penyakit katastropik kemudian mendaftar keanggotaan BPJS disinyalir menjadi salah satu penyumbang deficit anggaran BPJS. Informasi yang disampaiakn oleh Kabid Keuangan dan Penagihan BPJS Malang Raya.

> "Katastropik termasuk yang meningkatkan beban penggunaan anggaran BPJS apalagi katastropik yang seperti jantung, cuci darah, khemoterapi itu kan dilaksanakan seumur hidup dan sebenarnya membutuhkan subsidi beberapa ribu orang sehat untuk membayar".

4.6. Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Perpindahan Kelas Kepesertaan BPJS.

Tabel 4.7. Tabel Kelas Kepesertaan dan Jenis Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Karakteristik		Jumlah	Persentase
Kelas Kepesertaan			
	Kelas I	13	13
	Kelas II	27	27
	Kelas III	60	60
Jenis FKTP			
	Klinik	23	23
	Puskesmas	66	66
	Dokter keluarga	11	11

Kepesertaan BPJS Mandiri terdiri dari Kelas I, II dan III. Perbedaan dari ketiga kelas tersebut adalah besaran iuran dan kelas perawatan pada Fasilitas Kesehatan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama terdiri dari Puskesmas, Klinik pratama dan Dokter Keluarga. Dari

tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden (60%) adalah peserta BPJS Mandiri kelas 3 dan paling sedikit adalah peserta kelas I (13%).

Berdasarkan tabel tersebut diatas, sebagian besar responden (66%) memilih Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama untuk berobat.

Sistem pembayaran iuran BPJS pada awalnya dilakukan per individu dengan masing-masing nomor virtual account (VA), tetapi sejak 1 September 2016 BPJS memberlakukan sistem pembayaran iuran yang terbaru yaitu satu KK atau secara kolektif. Dasar perubahan sistem ini adalah untuk mempermudah peserta dalam proses pembayaran iuran, namun demikian terdapat masyarakat yang merasa keberatan dengan sistem ini hingga turun kelas kepesertaannya. Perpindahan kelas kepesertaan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.8 Crostabulasi Perpindahan Kelas Kepesertaan dan Sistem Pembayaran Iuran Kolektif

		sistem_pembayaran				Total
		mendukung	%	tidak mendukung	%	
Perpindahan Kelas Kepesertaan	Naik	6	100	0	0	6
	Turun	6	50	6	50	12
	Tetap	41	51.9	38	48.1	79
	Berhenti	0	0	3	100	3
Total		**53**	**53**	**47**	**47**	**100**

Berdasarkan tabel tersebut di atas, dapat dilihat bahwa 79 % responden tetap pada kelas yang sama. Terdapat 3% responden yang sedang memproses kepesertaan JKN KIS. Peserta yang menyatakan naik kelas kepesertaan menyampaikan bahwa pelayanan lebih baik. Sedangkan peserta yang turun kelas kepesertaan adalah peserta kelas 1 dan 2 yang pada umumnya merasa keberatan dengan kenaikan iuran premi bulanan.

Terdapat peserta yang naik kelas kepesertaan, turun kelas bahkan berhenti dari kepesertaan BPJS mandiri karena sedang berpindah ke kelompok PBI. Namun demikian dengan adanya sistem pembayaran iuran secara kolektif tersebut sebagian besar peserta tetap pada kelas kepesertaan yang sama dan menyatakan bahwa sistem pembayaran yang ada saat ini mendukung peserta untuk berada pada kelas kepesertaan yang sama (41%).

Tabel 4.9. Hasil Uji Chi square sistem pembayaran kolektif terhadap perpindahan kelas kepesertaan

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.946[a]	2	.007
Likelihood Ratio	10.470	2	.005
Linear-by-Linear Association	9.342	1	.002
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.28.

Berdasarkan hasil uji statistik diatas, menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sistem pembayaran iuran kolektif dengan perpindahan kelas kepesertaan dengan nilai p = 0.007. Sedangkan koefisien kontigensi 0.301 yang berarti bahwa kekuatan hubungan lemah.

4.7. Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS.

Peserta BPJS mandiri adalah kelompok peserta yang rawan terhadap ketidak patuhan dalam membayar iuran bulanan. Penerapan sistem pembayaran kolektif diharapkan mampu mendisiplinkan peserta BPJS mandiri dalam pembayaran iuran.

Tingkat kepatuhan responden diukur dengan keteraturan nya dalam mematuhi waktu yang telah ditetapkan untuk pembayaran iuran BPJS. Responden dinyatakan sangat patuh jika membayar iuran pada tangga 1-5 disetiap bulan, dinyatakan patuh jika membayar premi pada tangga 6-10 setiap bulan dan dinyatakan tidak patuh jika membayar iuran lebih dari tanggal 10 setiap bulan.

Tabel 4.10 Crostabulasi Kepatuhan Pembayaran Iuran dan Sistem Pembayaran Iuran Kolektif

		sistem_pembayaran				Total
		mendukung	%	tidak mendukung	%	
Kepatuhan Pembayaran iuran bulanan	sangat patuh	19	79.2	5	20.8	24
	Patuh	19	51.4	18	48.6	37
	Tidak patuh	15	38.5	24	61.5	39
Total		**53**	**53**	**47**	**47**	**100**

Berdasarkan tabel tersebut diatas, sebagian besar responden tergolong patuh dan sangat patuh (24% dan 37%) dalam hal pembayaran iuran bulanan meskipun masih cukup banyak (39%) responden yang tidak patuh dan menunggak dalam pembayaran iuran bulanan.

Tabel 4.11 Hasil Uji Chi square sistem pembayaran kolektif terhadap kepatuhan pembayaran iuran

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.946[a]	2	.007
Likelihood Ratio	10.470	2	.005
Linear-by-Linear Association	9.342	1	.002
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.28.

Berdasarkan hasil uji statistik diatas, menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara sistem pembayaran iuran kolektif dengan kepatuhan pembayaran iuran dengan nilai p=0.007. Sedangkan koefisien kontingensi 0.301 menunjukkan bahwa hubungan lemah.

4.8. Hasil Wawancara Mendalam

Wawancara mendalam dilakukan kepada dua orang pejabat di lingkungan BPJS Cabang Malang Raya yaitu Kepala Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta serta Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan. Wawancara dilakukan dengan tujuan untuk melakukan klarifikasi dan konfirmasi data terkait implementsi peraturan pembayaran iuran peserta BPJS mandiri secara kolektif 1 KK serta meminta beberapa informasi untuk melengkapai data penelitian.

Terkait dengan sosialisasi sistem atau metode pembayaran iuran secara kolektif 1 KK, Kabid Kepesertaan menyampaikan bahwa:

> Sosialisasi kita sudah sampaikan melalui berbagai media dan secara langsung terkait dengan perubahan perpres atau apa itu regulasinya ada perubahan dari per individu menjadi kolektif per KK, ternyata pada waktu transisi kendala di lapangan ngeri sekali saat itu. Ya karena ada proses dalam sistem yang belum diketahui oleh masyarakat. Banyak yang mengeluh tidak melakukan pembayaran. Sosialisasi saya rasa belum mengena 100%, karena peserta itu berbagai segmen masyarakat juga mungkin jangkauan jangkauan yang cukup susah, kita juga berusaha menyebarkan info melalui media media, melalui puskesmas, melalui Pemda setempat.

Kategorisasi wawancara mendalam kepada pihak BPJS Cab. Malang Raya selaku pemegang kebijkan dalam pelaksanaan BPJS Kesehatan sebagai berikut.

Tabel 4.12 Hasil Kategorisasi Wawancara Mendalam Pihak BPJS Cab. Malang Raya Tahun 2017

No.	Kategori	Hasil Wawancara	
		Pejabat BPJS 1	Pejabat BPJS 2
1.	Penunggakan pembayaran iuran sebelum dan sesudah diberlakukannya peraturan kolektif	Seiring dengan kondisi di lapangan bahwa 100 yang daftar, maka yang 59 yang menunggak. 150 yang daftar maka 75 yang nunggak. Jadi hampir separuh.	Dengan adanya VA 1 KK peserta yang dulunya hanya membayar satu orang anggota keluarga saja padahal yang terdaftar empat, maka dengan adanya VA 1 KK ini mereka terpaksa harus membayar, karena namanya prinsip gotong royong masak sih hanya yang sakit saja yang membayar.
2	Animo masyarakat terhadap peraturan BPJS terkait pembayaran iuran kolektif	Yang menjadi masalah kebanyakan 40%-50% peserta sudah tau masalah adalah karena peserta merasa jengkel karena mereka sudah berniat untuk membayar, tapi ternyata kondisi sistem demikian	saat perubahan sistem dari individu ke kolektif terjadi troble masalah dalam pembayaran hingga beberapa waktu sampai peserta sulit membayar. hingga akhirnya yang bersangkutan merasa dipersulit tanpa ada informasi yang sampai ke

		(troble). akhirnya tidak membayar.	mereka dan berdampak pada enggan membayar.
3	Kemampuan model pembayaran kolektif untuk menurunkan angka defisit anggaran BPJS	Secara premi pun jika peserta membayar sesuai dengan harga saat ini belum cukup, makanya kita kan opsinya ditambeli pemerintah. ini sudah diprediksi mesti kurangnya besaran iuran tersebut. Hitungan secara aktuaria dan analisis memang iuran 25 rb itu harusnya 30 rb yang 50 ya 50 smp 80 yang 80 bisa sampai 100 naah itu baru akan seimbang dan itu harusnya kebijaksanaan yang kita dapat.	Kalau defisit dari awal kan memang sudah diprediksi dari awal karena terdapat ketidak singkronan antara data aktuaris perhitungan premi dengan real. Setiap tahun jika dengan premi sekian pasti anggaran akan kurang. standart iuran utk PBI itu minimal 33 rb untuk kelas 3. Defisit juga diperkirakan naik, *adverse selection*-nya masih tinggi sekali.
4	kepatuhan pembayaran iuran peserta BPJS mandiri antara sebelum dan sesudah peraturan kolektif	Dari 150 yang daftar maka 75 yang nunggak. hampir separuh yang menunggak.	Kolektibilitas kab. malang memang paling rendah jika dibanding dengan Batu dan Malang kota. Dengan adanya kader belum juga maksimal dalam penagihan dan kolektibilitas. Untuk penagihan peserta kader bekerjasama dengan BNI. peserta bisa nyicil iuran ke kader nanti dibuatkan rekening dan setelah lunas sejumlah tunggakan yang ditagih, kader akan membayarkan langsung ke BPJS.

BAB 5
PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Malang merupakan daerah terluas kedua di Provinsi Jawa Timur setelah Banyuwangi. Dengan kelompok sumber daya manusia berusia produktif (15-64 tahun) yang cukup besar (68,12%), menempatkan Kabupaten Malang sebagai daerah yang potensial dalam mendukung pembangunan dan pengembangan daerahnya. Dengan kondisi demografi tersebut, diharapkan produktifitas masyarakat tinggi, meningkatkan status sosial ekonomi masyarakat dan berdampak pada kemampuan untuk memiliki asuransi kesehatan.

Ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang memadai merupakan salah satu sasaran pemerataan sebagai tujuan JKN. Sebagaimana dijelaskan dalam PP Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan bahwa Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai bagian dari upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Demikian pula di Kabupaten Malang, Pemerintah Daerah berupaya memenuhi fasilitas pelayanan kesehatan yang tersebar pada 33 kecamatan, dimana di setiap kecamatan minimal memiliki satu Puskesmas dan keseluruhan Puskesmas di Wilayah Kabupaten Malang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Tidak hanya sarana kesehatan, pemerintah daerah Kabupaten Malang juga berupaya untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan sebagai ujung tombak pelayanan kepada masyarakat. Luasnya wilayah cakupan membuat Dinas Kesehatan Kabupaten Malang masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan.

Hal tersebut disampaikan oleh Kepala Subbag Kepegawaian dan Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Malang bahwa kebutuhan tenaga kesehatan mencapai 958 tenaga untuk ditempatkan di Sarana Pelayanan Kesehatan di seluruh Kabupaten Malang. Tenaga yang dibutuhkan meliputi dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, perawat gigi, sanitarian, nutrisionis, penyuluh kesehatan, epidemiologi, asisten apoteker, apoteker, dan analis laboratorium[22].

Meskipun dalam kondisi kekurangan tenaga bidang kesehatan, namun pemerintah Kabupaten Malang berupaya mengoptimalkan fungsi Puskesmas, Pustu, Puskesmas Keliling, ambulan dan posyandu untuk memberikan pelayanan kesehatan

yang memadai bagi masyarakat. Selain itu, pengembangan sarana dan prasaran Rumah Sakit Umum Daerah juga terus dilaksanakan, mekanisme rujukan berjenjang juga diterapkan[23].

5.2. Peserta BPJS Mandiri di Kabupaten Malang Tahun 2016-2017

Kepersertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional yang tercantum dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Prinsip kepesertaan bersifat 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[6].

Road map JKN menetapkan bahwa *Universal Health Coverage* (UHC) diharapkan dapat tercapai pada tahun 2019. Berdasar kerangka kerja tersebut, BPJS terus menggalakkan sosialisasi dalam rangka meningkatkan jumlah cakupan peserta, terutama kelompok masyarakat bukan penerima upah dan bukan pekerja atau Non PBI mandiri. Menurut kepala cabang BPJS Malang Raya, rendahnya cakupan kepesertaan BPJS di wilayah Kabupaten Malang dikarenakan masih banyak masyarakat yang termasuk dalam kategori Non PBI mandiri. Selain itu, wilayah Kabupaten yang luas juga membuat masyarakat enggan mengurus kepesertaan karena akses yang jauh dari kantor BPJS[7].

Sejak tahun 2017 BPJS cabang Malang Raya telah merekrut Kader BPJS. Meskipun tugas utama kader BPJS adalah dalam hal penagihan iuran, namun masyarakat yang tinggal jauh dari Kantor BPJS bisa mendaftarkan keanggotaan BPJS melalui perantara kader. Berdasarkan data BPJS Cabang Malang Raya (2017), terdapat 27 orang kader BPJS yang bertugas di seluruh wilayah Malang Raya yang meliputi Kota Malang, Kabupaten Malang dan Kota Batu. Sedangkan jumlah kader yang bertugas di wilayah Kabupaten Malang adalah 13 orang. Jumlah yang kecil jika dibandingkan dengan luasnya wilayah Kabupaten Malang, sehingga masih terdapat beberapa Kecamatan yang belum memiliki Kader.

Menurut penelitian tentang kepesertaan BPJS yang dilakukan pada kelompok nelayan, disimpulkan bahwa masih rendahnya peserta BPJS Kesehatan pada sektor informal disebabkan beberapa faktor antara lain prosedur dan tempat pendaftaran, pembayaran premi yang masih menyulitkan, serta anggapan masih ada biaya tambahan pada pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan[9]. Selain itu dukungan lingkungan terutama keluarga memberikan pengaruh dalam keikutsertaan seseorang dalam jaminan kesehatan. Penelitian terkait faktor yang mempengaruhi kepesertaan sektor informal menyimpulkan bahwa masyarakat yang mempunyai dukungan keluarga kemungkinan besar mengikuti BPJS Kesehatan mandiri, dan masyarakat yang tidak mendapat dukungan keluarga cenderung tidak mengikuti BPJS Kesehatan mandiri[8].

5.3. Jumlah Peserta BPJS Mandiri yang Menunggak di Kabupaten Malang Tahun 2016-2017

Berdasarkan data dari BPJS Cabang Malang Raya, pada tahun 2016-2017 Kecamatan Singosari adalah wilayah dengan jumlah peserta menunggak terbanyak. Demikian pula dengan data proyeksi jumlah penduduk yang disajikan oleh BPS, bahwa Kecamatan Singosari adalah memiliki jumlah penduduk terbanyak dari 33 kecamatan di wilayah kabupaten Malang.

Tumbuhnya kesadaran masyarakat terhadap kepemilikan asuransi kesehatan yang tidak diimbangi dengan kepatuhan dalam membayar iuran sehingga menyebabkan jumlah peserta yang menunggak terus bertambah. Kondisi tersebut secara tidak langsung memberikan gambaran bahwa jumlah peserta yang menunggak di sebuah kecamatan setara dengan jumlah penduduk pada wilayah tersebut.

Penunggakan iuran peserta BPJS mandiri merupakan tantangan dan masalah yang dialami oleh BPJS. Tidak hanya di Kabupaten Malang, penelitian yang dilakukan di BPJS Kabupaten Boyolali juga menyampaikan hasil yang sama. Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengatasi penunggakan iuran peserta adalah karyawan BPJS Kesehatan Boyolali bagian keuangan dan penagihan BPJS Kesehatan secara aktif dan rutin mengingatkan pembayaran iuran dengan mengirimkan SMS Gateway dan mengirimkan surat tagihan[24].

Kebijakan *collecting* premi melalui skema Non PBI Mandiri pun mengalami kesulitan dengan semakin tingginya angka penunggakan premi pada skema yang diperuntukkan bagi masyarakat sektor informal ini. Data BPJS Kesehatan tahun 2015

menunjukkan peningkatan tajam penunggakan premi di berbagai wilayah di Indonesia berkisar atara 20-50% pada akhir Oktober 2015. Serangkaian upaya harus dilakukan dalam kerangka perluasan cakupan kepesertaan JKN[16].

Adapun yang paling merasakan manfaatnya adalah masyarakat yang selama ini mengalami sakit kronis dan belum memiliki jaminan kesehatan. Utilisasi atau pemanfaatan layanan oleh pekerja mandiri cukup besar di awal JKN. Hal ini mengindikasikan terjadinya *adverse selection* di kalangan pekerja mandiri. Meskipun terjadi peningkatan registrasi kepesertaan pada pekerja sektor informal, Pihak BPJS memiliki tantangan ke depan dalam mengcover pekerja ini. Adanya tunggakan pembayaran premi menjadi sebuah masalah yang perlu diperhatikan [25].

Laporan dari BPJS Kesehatan Kabupaten Jember kepesertaan mandiri setiap bulannya mengalami peningkatan, tetapi tidak sejalan dengan keteraturan dalam membayar iuran. Pada tahun 2014 sekitar 13.000 jiwa atau 40% dari total peserta mandiri, tidak disiplin dalam membayar iuran bulanan.

Hasil analisis hubungan menghasilkan bahwa tempat pembayaran iuran, pendapatan, pengeluaran rata-rata perbulan, dan motivasi memiliki hubungan signifikan terhadap keteraturan membayar iuran pada pasien peserta mandiri JKN[19].

Selain adanya indikasi terjadinya *adverse selection,* kepatuhan pembayaran iuran peserta PBPU juga cukup menjadi permasalahan. Sampai dengan akhir tahun 2014, tingkat kolektabilitas iuran peserta PBPU hanya 71,54%. Semakin jauh dari waktu pendaftaran, kepatuhan pembayaran peserta semakin menurun. Dengan demikian, diperlukan strategi untuk mempermudah peserta PBPU melakukan pembayaran iurannya serta memberikan peringatan bagi peserta yang menunggak[17].

BPJS kesehatan telah berupaya untuk meningkatkan kedisiplinan peserta mandiri dengan menerbitkan sanksi bagi peserta yang menunggak pembayaran iuran. Sebagaimana yang telah disebutkan pada Perpres No. 19 tahun 2016 tentang Jaminan Kesehatan, bahwa keterlambatan pembayaran iuran akan menyebabkan penonaktifan kartu sementara hingga peserta melunasi kembali bulan tertunggak. Denda akan diberlakukan jika peserta menjalani rawat inap pada masa sebelum 45 hari setelah tunggakan dilunasi.

Himbauan tersebut tidak begitu memberikan efek jera kepada peserta BPJS mandiri terutama peserta yang merasa keberatan dengan jumlah iuran yang harus dibayar dan peserta yang tidak sakit. Kesadaran akan prinsip gotong royong telah

dipahami oleh peserta mandiri meskipun masih cukup banyak peserta mandiri yang belum memahami prinsip gotong royong tersebut dan hanya rutin membayar jika dalam keadaan sakit.

Melihat terus bertambahnya peserta yang menunggak, BPJS merekrut kader BPJS yang bergerak dari rumah ke rumah peserta mandiri untuk menagih tunggakan. Terdapat 13 kader BPJS yang bertugas di 33 Kecamatan di Kabupaten Malang. Menurut Kabid Penagihan dan Keuangan BPJS Cabang Malang Raya, sejak adanya kader ada peningkatan kolektibilitas iuran walaupun belum sigifikan. Pendaftaran peserta mandiri juga terus bertambah, karena masyarakat bisa mendaftar melalui kader yang bertugas.

5.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi

Gambaran karakteristik responden bertujuan untuk memberikan gambaran sampel penelitian. Gambaran diperoleh dari pertanyaan kuesioner kepada sampel terpilih yaitu peserta BPJS mandiri di wilayah kabupaten Malang.

Jenis kelamin responden terbanyak adalah perempuan, karena umumnya kepala keluarga bekerja sehingga istri yang berada di rumah untuk mengurus keluarga atau bahkan menyelesaikan beberapa urusan administrasi termasuk terkait kepesertaan BPJS. Penelitian tentang keikutsertaan masyarakat sektor informal pada program BPJS, menunjukkan hasil bahwa faktor yang berhubungan dengan kepemilikian asuransi kesehatan sukarela adalah umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, status dalam keluarga, tempat tinggal, status ekonomi, status tempat tinggal, kepemilikan obat tradisional dan kepemilikan riwayat penyakit kronis[16].

Struktur penduduk Kabupaten Malang berada pada kondisi yang menguntungkan yaitu tingginya rasio penduduk usia produktif terhadap usia non produktif. Struktur penduduk yang didominasi usia produktif akan sangat mendukung pembangunan ekonomi. Dari sisi pola konsumsi, penduduk usia produktif cenderung berkonsumsi lebih besar dari usia non produktif[23].

Sejalan dengan penelitian tersebut, menurut Pangestika (2017) variabel yang berhubungan dengan kepesertaan sektor informal dalam BPJS Kesehatan Mandiri antara lain pengeluaran rata-rata per bulan, kemauan membayar, kemampuan membayar, dan dukungan keluarga. Keadaan ekonomi masyarakat sektor informal dan dukungan keluarga menjadi faktor utama untuk mengikuti BPJS Kesehatan mandiri[8].

Hasil studi tentang kepemilikan asuransi di Propinsi NTT menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kepemilikan asuransi antara lain umur, tingkat pendidikan dan wilayah, pendapatan, serta jarak dan transportasi[26].

Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemilihan jenis iuran peserta JKN mandiri. Tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan pemilihan jenis iuran peserta JKN mandiri. Terdapat hubungan antara pendapatan dengan pemilihan jenis iuran peserta JKN mandiri[27].

Dari hasil analisis channel pembayaran mayoritas melakukan pembayaran melalui ATM dengan waktu tempuh dari rumah ke tempat pembayaran kurang lebih 15 menit. Mereka mayoritas mengetahui informasi metode pembayaran melalui sosialisai petugas BPJS Kesehatan yang menurut mereka kejelasan informasi yang diberikan cukup jelas. Faktor predisposisi adalah umur, pekerjaan dan lama kepersertaan, Faktor pendukung adalah channel pembayaran, dan Faktor pendorong adalah Kejelasan informasi yang secara statistik terbukti bermakna berhubungan dengan perilaku kepatuhan membayar iuran BPJS Kesehatan[28].

Hasil penelitian tentang keikutsertaan masyarakat terhadap BPJS, menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan kepala keluarga dengan keikutsertaan JKN, terdapat hubungan antara sikap kepala keluarga dengan keikutsertaan dalam JKN, ada hubungan informasi yang diperoleh kepala keluarga dengan keikutsertaan dalam JKN, ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap kepala keluarga dengan keikutsertaan dalam JKN, ada hubungan antara penghasilan kepala keluarga dengan keikutsertaan dalam JKN[29].

5.5. Riwayat Katastropik pada Responden

Biaya pengobatan rawat inap berdasarkan tarif rumah sakit kelas A jauh lebih besar dibandingkan kelas B dan RS Khusus, biaya klaim berdasarkan INA-CBGs jauh lebih besar di rumah sakit kelas A dibanding kelas B dan RS Khusus. Komponen biaya yang banyak peruntukannya adalah biaya akomodasi, tindakan ruangan, pemeriksaan laboratorium, tindakan intervensi non bedah untuk jantung, tindakan operasi untuk kanker serta biaya obat-obatan meskipun tidak menyebabkan kerugian di pihak rumah sakit[10].

Penelitian terkait analisis biaya rawat jalan pasien gagal ginjal pada peserta ASKES menunjukkan bahwa biaya medis asuransi pasien Hemodialisa (HD) lebih

tinggi dari Peritoneal Dialisis Mandiri Berkesinambungan (PDMB)[11]. Menurut menteri kesehatan dalam sebuah forum koordinasi yang membahas tentang Perkembangan dan Tantangan Implementasi JKN, menyatakan bahwa telah terjadi perubahan kondisi epidemologi dari beban penyakit yang disebabkan oleh penyakit menular bergeser ke Penyakit Tidak Menular (PTM). Data WHO untuk beban penyakit global (*global burden disease*), pada tahun 1990 proporsi beban penyakit menular sebesar 56% sedangkan beban penyakit tidak menular 37% dari total beban penyakit, sedangkan pada tahun 2015 penyakit tidak menular menyumbang sebesar 57% dari beban penyakit dan penyakit menular menyumbangkan 30% dari total beban penyakit[12].

Pasien dengan penyakit katastropik merasa dimudahkan dengan adanya BPJS yang menanggung hampir seluruh perawatan dan pengobatan yang dilaksanakan. Dengan adanya prinsip gotong royong diharapkan seluruh masyarakat dapat terlayani dengan baik. Akan tetapi setelah tiga tahun lebih pelaksanaan BPJS, defisit anggaran terus terjadi pada BPJS. Disampaikan oleh Menteri Kesehatan dalam raker bersama anggota DPR, bahwa penyakit katastropik menyerap anggaran BPJS 30% dari total anggaran[13]. Bahkan organisasi profesi IDI (Ikatan Dokter Indonesia) mengusulkan jika pemerintah sulit untuk meningkatkan iuran premi, maka cara lain adalah mengeluarkan penyakit katastropik dari pembiayaan JKN agar defisit anggaran tidak terus terjadi[14].

Sebagai ilustrasi perhitungan, BPJS kesehatan mencontohkan pembiayaan hemodialisa pada pasien gagal ginjal oleh peserta BPJS. Pasien gagal ginjal harus menjalani cuci darah (hemodialisa) 2 sampai 3 kali seminggu. Setiap kali cuci darah memerlukan biaya sekitar Rp1 juta. Sehingga, dalam satu bulan memerlukan biaya Rp12 juta. Bagi seorang PNS setiap bulan gajinya dipotong sekitar Rp 40 ribu untuk satu keluarga. Artinya, untuk menutupi biaya sekali cuci darah diperlukan iuran dari 25 keluarga PNS. Jadi, dalam satu bulan atau 12 kali cuci darah harus ada 300 keluarga PNS yang sehat untuk membiayai 1 orang yang sakit gagal ginjal[15].

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa terdapat hubungan antara kepemilikan riwayat penyakit kronis dengan kepemilikan asuransi kesehatan komersial ($p = 0{,}013$)[16].

Tingginya antusiasme masyarakat untuk mendaftar JKN mandiri ternyata tidak selamanya berdampak positif. Besarnya antusiasme ini justru menimbulkan masalah karena sebagian besar peserta yang mendaftar adalah peserta yang sakit. Akibatnya,

risiko *adverse selection* menjadi tinggi. Berikut beberapa temuan yang mengindikasikan adanya risiko *adverse selection* pada kelompok peserta PBPU[17].

Penggunaan layanan kesehatan oleh peserta PBPU sejak pertama kali mendaftar sampai dengan akhir bulan pertama lebih besar dibandingkan dengan keseluruhan jumlah peserta JKN. Namun, penggunaan mulai bulan kedua hingga bulan kelima lebih kecil dibandingkan dengan peserta JKN secara umum. Hal ini menunjukkan adanya indikasi pendaftaran JKN karena membutuhkan pelayanan kesehatan dalam waktu dekat[17].

5.6. Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Perpindahan Kelas Kepesertaan BPJS

Kelas kepesertaan BPJS terbagi menjadi 3 dengan jumlah iuran bulanan yang berbeda. Pada awal pelaksanaan BPJS, iuran bulanan peserta kelas 1 adalah Rp. 59.500,-, kelas 2 sebesar Rp. 42.500,- dan kelas 3 sebesar Rp. 25.500,-. Sejak tanggal 1 April 2016 terdapat kenaikan tariff untuk peserta BPJS mandiri, yaitu kelas 1 sebesar Rp. 80.000,-, kelas 2 sebesar Rp. 51.000,- sedangkan kelas 3 tidak mengalami kenaikan iuran. Berdasarkan

Tidak hanya kenaikan iuran, pada tahun yang sama mulai 1 September 2016 BPJS memberlakukan lagi sistem pembayaran terbaru yaitu pembayaran iuran secara kolektif satu keluarga dengan satu nomor VA. Pemberlakuan sistem pembayaran iuran secara kolektif diharapkan bisa mempermudah peserta dalam melakukan pembayaran iuran.

Sebagian besar responden (79%) tidak terpengaruh dengan adanya perubahan sistem pembayaran dan menjadi peserta pada kelas yang sama. Akan tetapi, bagi masyarakat dengan tingkat ekonomi menengah kebawah kenaikan tersebut dirasa memberatkan dan peserta memutuskan untuk menurunkan kelas kepesertaannya agar mampu mencakup iuran seluruh anggota keluarga dan tetap menjadi peserta BPJS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 12% responden yang turun kelas kepesertaan. Alasan responden yang turun kelas kepesertaan antara lain merasa berat dalam membayar iuran.

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh hasil bahwa terdapat hubungan yang bemakna antara pemberlakuan sistem pembayaran kolektif terhadap perpindahan kelas kepesertaan ($p=0.007$).

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pendidikan dengan pemilihan jenis iuran, ada hubungan antara pendapatan dengan pemilihan jenis iuran[27].

5.7. Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS.

BPJS Kesehatan telah menetapkan aturan batas waktu pembayaran iuran BPJS paling lambat tanggal sepuluh setiap bulan dan atas keterlambatan yang dilakukan oleh peserta, maka dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan. Diterbitkannya aturan dan sanksi tersebut bertujuan agar peserta mematuhi kewajibannya dalam hal pembayaran iuran.

Banyak peserta BPJS Mandiri yang tidak secara konsisten melakukan pembayaran premi. Selain karena masih minimnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya membayar premi setiap bulan, pembayaran premi pada tahun pertama pemberlakuan JKN dirasa masih cukup sulit terutama bagi peserta di wilayah pedesaan. Pembayaran iuran hanya bisa dilakukan di tiga bank yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Namun saat ini BPJS telah memperluas jaringan kerja sama untuk membuka chanel pembayaran iuran BPJS. Peserta BPJS mandiri bisa dengan mudah membayar iuran setiap bulan.

Selain itu sejak 1 September 2016, BPJS menerapkan aturan baru dalam pembayaran iuran dimana pada awalnya pembayaran dilakukan per individu menjadi kolektif satu keluarga atau satu VA. Tujuan pemberlakuan aturan tersebut adalah untuk mempermudah proses pembayaran iuran oleh peserta BPJS mandiri yang awalnya harus memproses satu per satu pembayaran untuk anggota keluarganya, namun saat ini hanya dengan satu nomor VA untuk seluruh anggota keluarga. Selain itu sistem pembayaran satu VA ditujukan untuk memastikan bahwa iuran peserta dan seluruh anggota keluarganya tidak ada yang terlewatkan. Akan tetapi hasil penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat 39% responden yang tidak patuh dalam membayar iuran.

Alasan responden tidak patuh dalam membayar iuran cukup beragam, 50% responden menyatakan bahwa kondisi ekonomi keluarga yang tidak mendukung sehingga mereka tidak mampu membayar iuran. Sedangkan sebanyak 36% responden menyatakan bahwa mereka sudah tidak lagi memanfaatkan BPJS untuk berobat sehingga sering lupa dan bahkan tidak lagi membayar iuran.

Penelitian yang dilakukan oleh Putri (2016) tentang faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta BPJS mandiri menyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan, jumlah pendapatan, dan jumlah anggota keluarga dengan kepatuhan peserta mandiri membayar iuran JKN di Kota Padang[18]. Selain itu menurut Pratiwi (2016), bahwa tempat pembayaran iuran, pendapatan, pengeluaran rata-rata perbulan, dan motivasi memiliki hubungan signifikan terhadap keteraturan membayar iuran pada pasien peserta mandiri JKN[19].

Berdasarkan hasil analisis multivariat dari dua belas variabel independen hanya empat variabel yang berpengaruh pada keterlambatan membayar iuran BPJS Kesehatan dengan nilai CI 95% yaitu variabel umur < 35 tahun, status ekonomi (kuintil 1), jumlah anggota keluarga ≥ 5 orang, dan nilai CI 90% yaitu status menikah[20].

Hasil penelitian tentang keberlanjutan pembayaran iuran pada peserta BPJS mandiri menunjukkan hasil bahwa sekitar 30% dari peserta mandiri di daerah survei tidak membayar iuran sebagaimana seharusnya. Hal ini diperburuk dengan rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat terhadap pentingnya asuransi kesehatan (*insurance literacy*)[21].

Sejak 1 November 2014 BPJS Kesehatan memberlakukan beberapa peraturan baru melalui, Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 211 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran dan Penjaminan Peserta Perorangan BPJS Kesehatan, untuk menurunkan risiko tersebut, diantaranya:

a. Pemberlakuan pendaftaran untuk seluruh keluarga. Ketentuan ini telah sesuai dengan Perpres Jaminan Kesehatan yang menyatakan bahwa PBPU wajib mendaftarkan dirinya dan keluarganya dalam program JKN. Meskipun demikian, ketentuan ini menjadi salah satu menghambat PBPU dengan penghasilan terbatas untuk mendaftar JKN
b. Kartu peserta baru aktif satu minggu setelah pembayaran iuran pertama dilakukan, kecuali bagi bayi baru lahir dari peserta PBPU di kelas III yang mendapatkan rekomendasi dari Dinas Sosial setempat. Ketentuan ini diberlakukan untuk mendorong masyarakat mendaftar sebelum mengalami sakit sehingga menurunkan *risiko adverse selection*
c. Peserta yang mendaftar pada saat rawat inap tidak bisa menggunakan kartu JKN untuk periode perawatan tersebut. Peraturan ini dibuat untuk mengurangi risiko finansial akibat *adverse selection*. Akibat peraturan ini, pelayanan pada bayi baru

lahir PBPU di faskes tidak ditanggung karena belum didaftarkan pada BPJS Kesehatan. Akhirnya, pada Maret 2015, BPJS Kesehatan mengeluarkan peraturan baru yang mengatur tentang pendaftaran BPJS Kesehatan pada janin peserta PBPU yang berada di dalam kandungan[17].

5.8. Wawancara Mendalam dengan BPJS

Penerapan peraturan tentang cara pembayaran iuran BPJS secara kolektif dimulai pada 1 September 2016. Sosialisasi terkait dengan perubahan cara pembayaran tersebut menurut petugas BPJS telah dilakukan kepada masyarakat. Akan tetapi karena segmentasi peserta mandiri yang cukup beragam, menyebabkan banyak masyarakat tidak mendapatkan informasi dengan baik. Selain itu belum siapnya sistem pembayaran di channel pembayaran (bank, PPOB, indomart/alfamart) menyebabkan sistem sering troble dan peserta kesulitan untuk melakukan pembayaran.

Metode pembayaran secara kolektif satu KK ini merupakan bagian dari upaya BPJS Kesehatan untuk meningkatkan kepatuhan pembayaran iuran peserta dan meminimalkan defisit. Secara tidak langsung adanya aturan ini memaksa masyarakat yang dahulu hanya membayar iuran untuk satu atau dua orang anggota yang terdaftar, dengan adanya metode kolektif tersebut masyarakat wajib membayar untuk seluruh anggota keluarga yang terdaftar.

BPJS Kesehatan harus terus berupaya keras untuk meningkatkan kolektibilitas iuran, karena jumlah peserta yang menunggak masih cukup banyak. Dengan sistem pembayaran iuran yang telah dibenahi, diharapkan peserta akan lebih patuh sehingga defisit anggaran yang dialami bisa diminimalisir.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

1. Gambaran demografi responden, sebagian besar berjenis kelamin perempuan, berada pada kelompok usia 35-44 tahun dengan pendidikan terakhir tamat SMA. Pendapatan berada pada tingkat sedang dan pengeluaran rendah serta mayoritas berada pada kelas kepesertaan kelas 3.
2. Riwayat penyakit katastropik sebagian besar responden tidak memiliki riwayat penyakit katastropik dan mendaftar BPJS mandiri bukan karena alasan adanya penyakit katastropik.
3. Terdapat hubungan antara sistem pembayaran satu keluarga (kolektif) terhadap perpindahan kelas kepesertaan BPJS.
4. Metode pembayaran satu keluarga (kolektif) meningkatkan kepatuhan pembayaran iuran peserta BPJS Mandiri. Terdapat hubungan antara sistem pembayaran satu keluarga terhadap kepatuhan pembayaran iuran BPJS.

6.2. Saran

a. Edukasi dan sosialisasi kepada peserta BPJS mandiri perlu terus ditingkatkan sebagai upaya meningkatkan kesadaran peserta dalam kepatuhan membayar iuran sebagai bagian dari prinsip gotong royong.
b. Memberdayakan kelompok-kelompok kegiatan masyarakat dalam rangka memampukan peserta BPJS mandiri memenuhi iuran bulanan, seperti mengadakan kegiatan tabungan BPJS yang dikelola oleh masyarakat atau kader BPJS.

6.3. Ucapan Terimakasih

Penulis menyampaikan rasa terimakasih kepada Ibu Dra. Suharmiati, Apt, MSi dan Ibu Turniani Laksmiarti, SE, MM selaku pembimbing dalam pelaksanaan hingga pengusunan laporan penelitian. Selain itu, terimakasih juga disampaikan kepada:

1. Kepala Badan Litbang Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
2. Kepala Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan.
3. Kepala BPJS Cabang Malang Raya beserta staf dan jajarannya.
4. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. BPJS Kesehatan. Peserta Program JKN [Internet]. 2016. Available from: www.bpjs-kesehatan.go.id
2. Kesehatan B. Kenaikan Iuran untuk Pemantapan Pelayanan. Info BPJS Kesehat. 2016;32:7.
3. Indonesia PR. Peraturan Presiden RI Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. 2016.
4. BPJS. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2016 Tentang Tata Cara Pendaftaran, Penagihan, Pembayaran, dan Pelaporan Iuran Secara Online Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah dari Badan Usaha Baru Dalam Rangka Kemudahan Berusaha. 2016.
5. Rofiq Hidayat. BPJS Dinilai Persulit Peserta Melalui Sistem Pembayaran Iuran [Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 1]. Available from: http://www.hukumonline.com/berita/baca/lt57ea1186e5c53/bpjs-dinilai-persulit-peserta-melalui-sistem-pembayaran-iuran
6. Kemenkes RI. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dep Kesehat RI. 2013;1–75.
7. Jatimtimes. Malang Raya Terendah Kepesertaan BPJS Kesehatan _ Jatim TIMES - Mobile Site. 2017.
8. Febya Pangestika V, Patria Jati S, Ayun S. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepesertaan Sektor Informal Dalam Bpjs Kesehatan Mandiri Di Kelurahan Poncol, Kecamatan Pekalongan Timur, Kota Pekalongan. J Kesehat Masy [Internet]. 2017;5(3):39–49. Available from: http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm
9. Putro G, Barida I. Manajemen Peningkatan Kepesertaan dalam Jaminan Kesehatan Nasional pada Kelompok Nelayan Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI). Media Litbangkes. 2017;27(Maret):17–24.
10. Budiarto W, Sugiharto M. Biaya Klaim INA CBGs Dan Biaya Riil Penyakit Katastropik Rawat Inap Peserta Jamkesmas Di Rumah Sakit: Studi Di 10 Rumah Sakit Milik Kementrian Kesehatan. Bul Penelit Sist Kesehat. 2013;16:58–65.
11. Haryani IE, Probandari A, Djarwoto B. Analisis Biaya Rawat Jalan Hemodialisis Dan Peritoneal Dialisis Mandiri Berkesinambungan Pada Peserta Askes Di Pt Askes (Persero) Divisi Regional Vi Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. J Manaj Pelayanan Kesehat. 2014;17(1):45–50.

12. Kementerian Kesehatan. Perkembangan dan Tantangan Implementasi JKN [Internet]. Kemenkes. 2016 [cited 2017 Oct 18]. Available from: http://www.depkes.go.id/article/print/2348/pertemuan-high-level-segment-dewan-ekonomi-dan-sosial-pbb-universal-health-coverage-sediakan-layanan.html
13. Bisnis.com. Penyakit Katastropik Habiskan 30% Anggaran BPJS Kesehatan [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 18]. Available from: http://finansial.bisnis.com/read/20161025/215/595832/penyakit-katastropik-habiskan-30-anggaran-bpjs-kesehatan
14. manajemen-pembiayaankesehatan.net. IDI Usulkan Penyakit Katastropik Tak Masuk Skema Pembiayaan JKN [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 18]. Available from: http://www.manajemen-pembiayaankesehatan.net/index.php/list-berita/2045-idi-usulkan-penyakit-katastropik-tak-masuk-skema-pembiayaan-jkn
15. BPJS Kesehatan. Prinsip Gotong Royong, Satu Peserta Cuci Darah Perlu 300 Peserta Sehat. 2014; Available from: http://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/13
16. Intiasari AD, Trisnantoro L, Hendrartini J. Potret Masyarakat Sektor Informal Di Indonesia: Kesehatan Sebagai Upaya Perluasan Kepesertaan pada Skema Non PBI Mandiri. J Kebijak Kesehat Indones. 2015;4(4):126–32.
17. Bappenas. Satu Tahun Pelaksnaan Jaminan Kesehatan Nasional [Internet]. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional; 2015. Available from: www.bappenas.go.id
18. Putri DM. Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Peserta Mandiri dalam Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Padang tahun 2016. 2016;35.
19. Pratiwi AN. Faktor yang Mempengaruhi Keteraturan Membayar Iuran pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kategori Peserta Mandiri(Studi Kasus Pasien Rawat Inap Rumah Sakit dr. Soebandi Kabupaten Jember) [Internet]. Universitas Jember Digital Repository. Universitas Jember; 2016. Available from: http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/73502id
20. Parwati E. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Pembayaran Iuran BPJS Kesehatan Pada Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) Di Kabupaten Banyumas. Universitas Jenderal Soedirman; 2016.
21. Dartanto T. The Study on Examining the Sustainability of Premium Payments of JKN Self Enrolled Member. Universitas Indonesia; 2015.

22. Malang Times. Malang Butuh Seribu Tenaga Kesehatan. 2016.
23. Pemerintah Kabupaten Malang. Rencana Pembangunan Jangka Menengah daerah (RPJMD) Kabupaten Malang Tahun 2016-2021. Malang; 2016.
24. Prasetyo Y, Eny Kusdarini. Implementasi Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Kabupaten Boyolali. J Pendidik Kewarganegaraan dan Huk 2016. 2016;Volume 5(2):1–25.
25. Idris H, Trisnantoro L, Satriawan E. Perluasan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Bagi Pekerja Sektor Informal. (Studi Evaluasi Pra dan Pasca Jaminan Kesehatan Nasional). 2015;4(4):138–45.
26. Littik S. Hubungan Antara Kepemilikan Asuransi Kesehatan dan Akses Pelayanan Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur. J Media Kesehat Masy. 2008;3(1):52–61.
27. Rohmawati D. Hubungan Pengetahuan Sikap dan Sosial Ekonomi dengan Pemilihan Jenis Iuran Keikutsertaan JKN Mandiri pada Wilayah Cakupan JKN Tertinggi di Surakarta. 2014.
28. Lestari FN. Faktor faktor Perilaku Kepatuhan Peserta Mandiri Membayar Iuran BPJS Kesehatan di Kantor Cabang Jakarta Selatan tahun 2015. 2015.
29. Purwaningsih SB. Faktor-Faktor Yang Berhubugan Dengan Keikutsertaan Masyarakat Dalam Jaminan Kesehatan Nasional Di Desa Tegalsari Kabupaten Ponorogo 2015. 2016;1–11.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Naskah Penjelasan dan Formulir Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP)

NASKAH PENJELASAN

Selamat Pagi/Siang Bapak/Ibu,

Kami dari Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan Badan Litbangkes Kemenkes RI akan melakukan penelitian tentang Analisis Hubungan Sistem Pembayaran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Perpindahan Kelas Kepesertaan dan Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS Di Kabupaten Malang.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana hubungan sistem pembayaran BPJS satu keluarga atau kolektif dengan cara mewawancarai bapak/ibu untuk menggali informasi.

Manfaat dari keikutsertaan bapak/ibu dalam penelitian ini adalah diperolehnya pengetahuan dan pemahaman tentang Sistem Pembayaran satu keluarga (Kolektif) dari BPJS.

Jika bapak/ibu bersedia mengikuti penelitian ini, kami akan memberikan uang kompensasi sebesar Rp 50.000/hari sebagai tanda terimakasih. Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tidak ada paksaan. Bapak/Ibu dapat mengundurkan diri dari penelitian ini kapanpun diinginkan.

Semua informasi yang kami terima akan kami jamin kerahasiaannya dan akan disimpan di Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI Jakarta dan hanya digunakan untuk pengembangan kebijakan program kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan.

Apabila bapak/ibu membutuhkan penjelasan lebih lanjut mengenai penelitian ini, dapat menghubungi :

1. Nama : Zulfa Auliyati Agustina, SKM.
   Alamat : Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan Badan Litbangkes Kemenkes. Jl. Indrapura 17 Surabaya
   Telp : 031-031-3528748 (kantor); 08125928644 (HP)
2. Nama : Nailul Izza, SKM
   Alamat : Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan Badan Litbangkes Kemenkes. Jl. Indrapura 17 Surabaya
   Telp : 031-031-3528748 (kantor); 085852109565 (HP)
3. Nama : Miftakhun Nafisah Y.P, SSi
   Alamat : Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan Badan Litbangkes Kemenkes. Jl. Indrapura 17 Surabaya
   Telp : 031-031-3528748 (kantor); 085322828820 (HP)

Lampiran 2.

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)

(*INFORMED CONSENT*)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ……..

Alamat : ……..

Umur : ……..

Pekerjaan : ……..

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah membaca dan mengerti semua apa yang tertulis pada naskah persetujuan tadi. Saya bersedia mengikuti penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan siapa pun dan saya berhak mengundurkan diri kapanpun saya inginkan.

Malang, 2017

Saksi, Yang Menyetujui/Responden,

…….. ……

Ketua Tim Peneliti,

Zulfa Auliyati Agustina, SKM.
NIP. 19840817 200712 2 001

Lampiran 3. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

"ANALISIS HUBUNGAN SISTEM PEMBAYARAN IURAN SATU KELUARGA (KOLEKTIF) TERHADAP PERPINDAHAN KELAS KEPESERTAAN DAN KEPATUHAN PEMBAYARAN IURAN BPJS DI KAB. MALANG"

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Nama :----------
2. Alamat :----------
3. Jenis kelamin : a. Laki-laki b. Perempuan
4. Umur : ---------- tahun
5. Pendidikan :
   a. Tidak Sekolah
   b. Tidak tamat SD
   c. Tamat SD
   d. Tamat SMP
   e. SMA
   f. Sarjana
6. Pekerjaan :----------
7. Kelas Kepesertaan : a. kelas I b. kelas II c. kelas III
8. Jumlah anggota dalam KK : ----------
9. Jumlah anggota dalam KK yang telah terdaftar di BPJS : ----------
10. Penghasilan per bulan: ----------
11. Pengeluaraan rata-rata per bulan : ----------
12. Keanggotaan BPJS : ---------- (tgl/bln/thn)
13. Penggunaan kartu di Fasilitas Kesehatan : a. Sudah b. Belum
14. Jenis Faskes Tingkat Pertama (FKTP) yang biasa digunakan :
    a. Klinik
    b. Puskesmas
    c. Dokter pribadi

B. RIWAYAT PENYAKIT KATASTROPIK

1. Apakah Saudara memiliki riwayat penyakit jantung, kanker, ginjal, stroke atau penyakit yang membutuhkan banyak biaya pengobatan?
   a. Ya
   b. Tidak
2. Apakah anggota keluarga Saudara ada memiliki riwayat penyakit jantung, kanker, ginjal, stroke atau penyakit yang membutuhkan banyak biaya pengobatan?
   a. Ya
   b. Tidak
3. Apakah dengan adanya penyakit tertentu mendorong Saudara untuk menjadi peserta JKN?
   a. Ya
   b. Tidak

C. TANGGAPAN RESPONDEN TERHADAP KELAS KEPESERTAAN **(K)** DAN KEPATUHAN **(P)**

a. Niat (Persepsi)

No	**Pernyataan**				
		SS	**S**	**TS**	**STS**
1	Saya mendaftarkan seluruh anggota keluarga ke BPJS (k)				
2	Saya ingin pindah kelas (naik/turun) keanggotaan BPJS (k)				
3	Saya ingin (berhenti) dari keanggotaan BPJS karena iuran terlalu berat. (k)				
4	Saya akan menjadi anggota BPJS pada kelas yang sama seterusnya (k)				
5	Saya akan membayar iuran tepat waktu (p)				
6	Saya akan membayar iuran apabila memiliki uang (p)				
7	Saya harus melunasi denda jika terlambat membayar (p)				

b. Dukungan Sosial (sistem)

No	**Pernyataan**	**SS**	**S**	**TS**	**STS**
1	Saya menyisihkan uang untuk membayar iuran				
2	Saya mempunyai uang untuk membayar seluruh keluarga				
3	Channel (ATM, Bank, Indomart dll) pembayaran iuran mudah di akses (tidak sering troble)				
4	Sistem pembayaran kolektif memudahkan peserta				
5	Sistem pembayaran kolektif membebani peserta				
6	Petugas BPJS membantu jika saya mengalami kesulitan membayar				

c. Informasi

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Informasi BPJS mudah di peroleh/diakses (k)				
2	Seluruh masyarakat wajib mendaftar BPJS (k)				
3	Seluruh anggota keluarga harus didaftarkan ke BPJS (k)				
4	Pembayaran kolektif adalah bagian dari prinsip gotong royong (k)				
5	Saya diperbolehkan pindah kelas kepesertaan setelah satu tahun mendaftar (p)				
6	Saya harus membayar denda jika terlambat/tidak membayar iuran (p)				
7	BPJS menyampaikan jadwal pembayaran iuran bulanan (p)				
8	BPJS menyampaikan cara pembayaran iuran bulanan (p)				

d. Kebebasan Pribadi (Tindakan)

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya mendaftarkan diri dan keluarga menjadi anggota BPJS (k)				
2	Saya pernah pindah kelas kepesertaan (k)				
3	Saya berhenti dari keanggotaan BPJS (k)				
4	Saya dan keluarga menjadi anggota BPJS hingga saat ini (k)				
5	Saya membayar iuran BPJS pada tanggal 1-5 setiap bulan (p)				
6	Saya membayar iuran BPJS pada tanggal 6-10 setiap bulan (p)				
7	Saya membayar iuran BPJS jika memiliki uang (p)				
8	Saya membayar iuran untuk seluruh anggota keluarga (p)				

e. Action Situation

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya mampu membayar iuran untuk seluruh anggota keluarga sesuai kelas				
2	Saya membayar iuran berdasarkan kelas kepesertaan				
3	Sistem kolektif mempermudah cara pembayaran iuran				
4	Channel pembayaran mudah dijangkau				
5	Kantor BPJS dekat dari tempat tinggal				

6	Besaran iuran BPJS sangat terjangkau				

D. PERTANYAAN KLARIFIKASI

1. Saya setuju/tidak setuju dengan sistem pembayarn kolektif karena .....
2. Saya pindah kelas kepesertaan (naik/turun) karena .....
3. Saya rutin/tidak membayar iuran karena .....

KUESIONER WAWANCARA MENDALAM KEPADA PETUGAS BPJS

"Analisis Hubungan Sistem Pembayaran Iuran Satu Keluarga (Kolektif) Terhadap Perpindahan Kelas Kepesertaan dan Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS di Kabupaten Malang"

Nama Informan :
Instansi :
Jabatan :

1. **Terkait sistem pembayaran kolektif, bagaimana pihak BPJS melakukan sosialisasi kepada peserta? Metode sosialisasi apa yang digunakan!**
2. **Bagaimana kelebihan dan kekurangan sistem pembayaran kolektif terhadap BPJS?**
3. **Bagaimana perubahan terhadap kepesertaan antara sebelum dan sesudah diberlakukannya peraturan pembayaran iuran secara kolektif?**
4. **Bagaimana kasus penunggakan pembayaran iuran kepesertaan antara sebelum dan sesudah diberlakukannya peraturan pembayaran iuran secara kolektif?**
5. **Apakah terdapat peserta mandiri yang pindah kelas (turun kelas) sejak diberlakukan peraturan kolektif tersebut? Berapa jumlah peserta yang pindah kelas?**
6. **Bagaimana animo masyarakat terhadap adanya peraturan baru BPJS terkait pembayaran iuran kolektif?**
7. **Apakah model pembayaran kolektif tersebut mampu menurunkan angka kerugian anggaran yang dialami BPJS?**
8. **Bagaimana kepatuhan pembayaran iuran peserta BPJS mandiri antara sebelum dan sesudah peraturan kolektif**

Terimakasih atas waktu dan kesediaannya. Wawancara telah selesai