

BAB II

KAJIAN TEORI, PENELITIAN TERDAHULU, DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1. Kajian Teori

2.1.1. Ilmu Ekonomi dan Ekonomi Kesehatan

Ilmu Ekonomi adalah ilmu yang mempelajari bagaimana orang melakukan dan menetapkan pilihan pada sumber daya produksi yang langka/terbatas untuk kemudian memproduksi berbagai komoditi dan mendistribusikannya ke anggota masyarakat atau konsumen (*Samuelson*). Dalam Ilmu Ekonomi manusia di hadapkan pada pilihan (*Scarcity*), Seseorang harus melakukan pilihan karena adanya sumber daya yang terbatas, sementara kebutuhan manusia sifatnya tidak terbatas. Kebutuhan (need) yang dibahas dalam ilmu ekonomi adalah kebutuhan ekonomi, yang termasuk kedalam kebutuhan dasar manusia ialah kebutuhan sandang, pangan dan papan, atau bila di jabarkan kebutuhan tersebut diantaranya kebutuhan pangan yaitu nasi, lauk pauk, sayur mayur, kebutuhan sandang yaitu kebutuhan akan pakaian, pendidikan, kesehatan, transportasi, sedangkan kebutuhan akan papan ialah kebutuhan manusia akan permukiman.

Ekonomi Kesehatan, menurut *Winslow* ialah ilmu yang mempelajari bagaimana cara melakukan pencegahan terhadap penyakit, upaya

memperpanjang harapan hidup, serta upaya meningkatkan derajat kesehatan dan efisiensi melalui :

1. Penyehatan lingkungan
2. Pencegahan dan pemberantasan penyakit
3. Pendidikan kesehatan bagi masyarakat
4. Pengorganisasian pelayanan kesehatan
5. Pengembangan organisasi sosial untuk menjamin standar hidup yang cukup

PPEKI (1989), Menjelaskan bahwa ekonomi kesehatan adalah penerapan ilmu ekonomi dalam upaya kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan optimal. Untuk menjabarkan definisi tersebut terdapat tiga kata kunci yang dapat menjelaskannya yaitu :

1. Ilmu Ekonomi : positif dan normatif/ welfare economics
2. Upaya kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, upaya kesehatan tersebut mencakup, upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sedangkan faktor yang mempengaruhinya ialah, faktor genetik, faktor perilaku, faktor lingkungan (fisik,biologi, politik dan budaya).
3. Derajat kesehatan optimal menurut WHO, adalah keadaan sehat jasmani,rohani, dan sosial sehingga seseorang dapat menikmati hidupnya secara produktif.

2.1.2. Korelasi Pembangunan Kesehatan Dalam Peningkatan Pertumbuhan

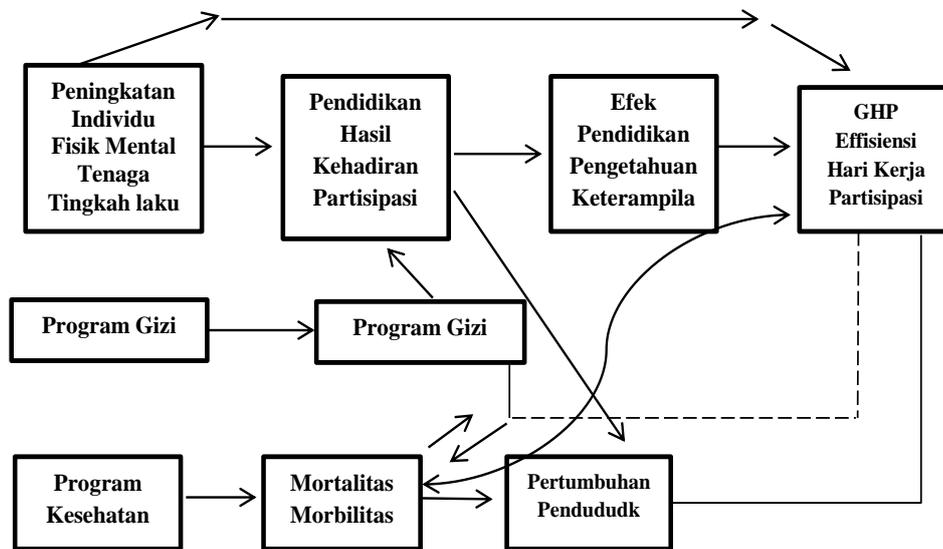
Ekonomi

Pada tingkat mikro yaitu pada tingkat individual dan keluarga, kesehatan adalah dasar bagi produktivitas kerja dan kapasitas untuk belajar di sekolah. Tenaga kerja yang sehat secara fisik dan mental akan lebih enerjik dan kuat, lebih produktif, dan mendapatkan penghasilan yang tinggi. Keadaan ini terutama terjadi di negara-negara sedang berkembang, dimana proporsi terbesar dari angkatan kerja masih bekerja secara manual. Sebagai contoh, anak yang sehat mempunyai kemampuan belajar lebih baik dan akan tumbuh menjadi dewasa yang lebih terdidik.

Pada tingkat makro, penduduk dengan tingkat kesehatan yang baik merupakan masukan (input) penting untuk menurunkan kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, dan pembangunan ekonomi jangka panjang. Beberapa pengalaman sejarah besar membuktikan berhasilnya tinggal landas ekonomi seperti pertumbuhan ekonomi yang cepat didukung oleh terobosan penting di bidang kesehatan masyarakat, pemberantasan penyakit dan peningkatan gizi. Hal ini antara lain terjadi di Inggris selama revolusi industri, Jepang dan Amerika Selatan pada awal abad ke-20, dan pembangunan di Eropa Selatan dan Asia Timur pada permulaan tahun 1950-an dan tahun 1960-an. Hal tersebut menjelaskan bahwa negara-negara dengan kondisi kesehatan menghadapi tantangan yang lebih berat untuk mencapai pertumbuhan berkelanjutan jika dibandingkan dengan negara yang lebih baik keadaan kesehatannya.

Korelasi yang kuat antara tingkat kesehatan yang baik dengan pertumbuhan ekonomi yang tinggi, secara statistik diperkirakan bahwa setiap peningkatan 10% dari angka harapan hidup (AHH) waktu lahir akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi minimal 0.3–0.4% pertahun, jika faktor-faktor pertumbuhan lainnya tetap, dengan demikian perbedaan tingkat pertumbuhan tahunan antara negara-negara maju yang mempunyai AHH tinggi (77 tahun) dengan negara-negara sedang berkembang dengan AHH rendah (49 tahun) adalah sekitar 1.6% peningkatan kesejahteraan ekonomi sebagai akibat dari bertambah panjangnya usia sangatlah penting. Dalam membandingkan tingkat kesejahteraan antar kelompok masyarakat, sangatlah penting untuk melihat angka harapan hidup, seperti halnya dengan tingkat pendapatan tahunan. Di negara-negara yang tingkat kesehatannya lebih baik, setiap individu memiliki rata-rata hidup lebih lama, dengan demikian secara ekonomis mempunyai peluang untuk memperoleh pendapatan lebih tinggi.

Tingkat kesehatan masyarakat, serta status gizi sangat erat kaitanya dengan kemiskinan, sehingga sangat dimungkinkan apabila derajat kesehatan diperbaiki, pertumbuhan ekonomi yang cukup tinggi dapat di capai. Meningkatnya pertumbuhan ekonomi tentu disebabkan oleh semakin produktif sumber daya manusia, yang merupakan masukan bagi pertumbuhan ekonomi tersebut.



Gambar 2.1.

Hubungan Antara Program Gizi dan Kesehatan Terhadap Pertumbuhan Ekonomi

Sumber : Priyono Tjiptoherijanto & Budhi Soesetyo.

Pengaruh dari program gizi terhadap produktivitas, yang kemudian juga memengaruhi pertumbuhan ekonomi, dikemukakan secara jelas oleh *Cesario, Simon dan Kinne (1980)*. Dengan mengikuti pola pikir ketiga peneliti tersebut, gambar di atas menjelaskan pengaruh dari program-program kesehatan dan gizi, terhadap produktivitas serta pertumbuhan ekonomi melalui berbagai cara. Sesuai dengan yang di jelaskan oleh gambar tersebut terlihat bahwa perbaikan di dalam status gizi akan menurunkan tingkat kematian dan tingkat penyakit, khususnya bagi penduduk usia kerja, sehingga dapat meningkatkan partisipasi bagi penduduk yang belum mendapatkan pekerjaan, dan meningkatkan hari kerja bagi yang sedang melakukan kegiatan kerja. Selain itu, perbaikan dalam gizi dan kesehatan masyarakat akan meningkatkan efisiensi kerja melalui peningkatan kemampuan individualnya, pengaruh dari program kesehatan serta

gizi terhadap penduduk akan terlihat pada peningkatan PDB, yang terjadi sebagai akibat perubahan-perubahan dalam pendidikan.

Sektor kesehatan itu pada dasarnya akan berbeda untuk setiap negara dan definisinya yang beragam, dan telah berkembang sesuai dengan tujuan-tujuannya, di negara berkembang definisi tersebut cenderung menjadi lebih luas bila dibandingkan dengan negara-negara maju, misalnya adanya defisiensi yang lebih besar di daerah tertentu contohnya seperti kesehatan lingkungan dan penggunaan sektor kesehatan yang intensif. Adapun beberapa klasifikasi yang dapat dimasukkan kedalam definisi sektor kesehatan yaitu :

1. Pelayanan kesehatan, air, sanitasi, pengawasan polusi lingkungan, keselamatan kerja dll.
2. Rumah sakit dan Institusi kesejahteraan
3. Pendidikan, pelatihan dan penelitian medis
4. Praktisi medis yang mendapat pendidikan formal dan penyedia pelayanan kesehatan tradisional.

2.1.3. Vicious Circle Of Poverty

Vicious circle of poverty, atau lingkaran kemiskinan ialah sebuah teori dikemukakan oleh seorang ahli ekonomi asal Swedia dan penerima hadiah nobel untuk ekonomi, **Ragnar Nurkse**, yang menggambarkan rotasi yang tak berujung dari sebuah kemiskinan yang terjadi, dimana keadaan tersebut akan menyebabkan kemiskinan dan tetap menjadi miskin. Artinya siklus kemiskinan ini, dapat didefinisikan sebagai sebuah fenomena dimana keluarga miskin akan melahirkan

generasi yang kembali miskin. Teori ini menjelaskan sebab-sebab kemiskinan dinegara-negara sedang berkembang yang umunya baru merdeka dari penjajahan asing. Bertolak dari teori inilah, kemudian dikembangkan teori-teori ekonomi pembangunan, yaitu teori yang telah dikembangkan lebih dahulu di Eropa Barat yang menjadi cara pandang atau paradigma untuk memahami dan memecahkan masalah-masalah ekonomi di negara-negara sedang berkembang, misalnya India atau Indonesia. Pada dasarnya teori ini mengatakan bahwa negara-negara sedang berkembang itu miskin dan tetap miskin, karena produktivitasnya rendah. Kerana rendah produktivitasnya, maka penghasilan seseorang juga rendah yang hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan konsumsinya yang minim, karena itulah mereka tidak bisa menabung, padahal tabungan adalah sumber utama pembentukan modal masyarakat sehingga capitalnya tidak efisien (boros).

Keluarga miskin dapat melahirkan generasi yang miskin kembali sehingga hampir tidak mungkin bagi individu untuk mematahkan siklus ini, hal ini terjadi karena orang-orang miskin tidak mempunyai sumberdaya yang diperlukan untuk terlepas dari siklus ini, seperti pendapatan dan pendidikan. Dengan kata lain, individu yang miskin tidak memiliki akses ekonomi dan sumberdaya sosial sebagai akibat dari kemiskinan mereka, dimana hal tersebut dapat meningkatkan kemiskinan mereka, ini berarti bahwa orang miskin dapat tetap miskin sepanjang hidup mereka.

Siklus kemiskinan dapat disebut “perangkap pembangunan” atau “perangkap kemiskinan”. *Ruby K. Payne*, penulis *Kerangka untuk Memahami Kemiskinan*, membedakan antara situasional kemiskinan, yang umumnya dapat

pendidikan, dan kesehatan. Kemiskinan dapat disebabkan oleh kelangkaan alat pemenuh kebutuhan dasar, ataupun sulitnya akses terhadap pendidikan, kesehatan dan pekerjaan.

Kemiskinan bisa dikelompokkan dalam dua kategori yaitu, kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif, kemiskinan absolut mengacu pada satu set standar yang konsisten tidak terpengaruh oleh waktu dan tempat / negara, sedangkan kemiskinan relatif pada dasarnya menunjuk pada perbedaan relatif tingkat kesejahteraan antar kelompok masyarakat. Mereka yang berada dilapis terbawah dalam persentil derajat kemiskinan suatu masyarakat digolongkan sebagai penduduk miskin. Dalam kategori seperti ini, dapat saja mereka yang digolongkan sebagai miskin sebenarnya sudah dapat mencukupi hak dasarnya, namun tingkat keterpenuhannya berada dilapisan terbawah.

Bank Dunia mendefinisikan Kemiskinan absolut sebagai hidup dengan pendapatan dibawah USD \$1/hari dan Kemiskinan menengah untuk pendapatan dibawah \$2 per hari, dengan batasan ini maka diperkirakan pada 2001 1,1 miliar orang didunia mengonsumsi kurang dari \$1/hari dan 2,7 miliar orang didunia mengonsumsi kurang dari \$2/hari."

Proporsi penduduk negara berkembang yang hidup dalam kemiskinan ekstrem telah turun dari 28% pada 1990 menjadi 21% pada 2001, melihat pada periode 1981-2001 persentase dari penduduk dunia yang hidup dibawah garis kemiskinan \$1 dolar/hari telah berkurang separuh. Tetapi, nilai dari \$1 juga mengalami penurunan dalam kurun waktu tersebut. Meskipun kemiskinan yang paling parah terdapat di dunia berkembang, ada bukti tentang kehadiran

kemiskinan di setiap region, di negara-negara maju, kondisi ini menghadirkan kaum tuna wisma yang berkelana ke sana kemari dan daerah pinggiran kota.

2.1.5. Pengertian Keluarga Miskin

Kriteria keluarga miskin menurut BKKBN, yaitu keluarga yang tidak dapat memenuhi salah satu atau lebih dari enam indikator penentu kemiskinan alasan ekonomi, Enam indikator penentu kemiskinan tersebut adalah:

- Pada umumnya seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih
- Anggota keluarga memiliki pakaian berbeda untuk dirumah, bekerja/sekolah dan bepergian
- Bagian lantai yang terluas bukan dari tanah
- Paling kurang sekali seminggu keluarga makan daging/ikan/telur
- Setahun terakhir seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru
- Luas lantai rumah paling kurang delapan meter persegi untuk tiap penghuni

Kriteria keluarga miskin menurut BPS dengan menggunakan pendekatan dasar keinginan, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan makanan maupun non makanan yang bersifat mendasar. Batas kecukupan pangan dihitung dari besarnya rupiah yang dikeluarkan untuk makanan yang memenuhi kebutuhan minimum energi 2100 kalori perkapita perhari. Batas kecukupan non makanan dihitung dari besarnya rupiah yang dikeluarkan untuk non makanan dihitung dari besarnya rupiah yang dikeluarkan untuk non makanan yang memenuhi kebutuhan minimum seperti perumahan, sandang, kesehatan, pendidikan, transportasi dll:

Tabel 2.1.
Karakteristik Rumah Tangga Miskin Menurut Badan Pusat Statistik (BPS)

NO.	Variabel Kemiskinan	Karakteristik Kemiskinan
1	Luas lantai bangunan tempat tinggal	Kurang dari 8m ² per orang
2	Jenis lantai tempat tinggal	Tanah/bambu/kayu murahan/semen
3	Jenis dinding tempat tinggal	Bambu/ rumbia/ kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester
4	Fasilitas tempat buang air besar	Tidak ada, menumpang rumah lain
5	Sumber penerangam rumah tangga	Bukan listrik
6	Sumber air minum	Sumur/ mata air tidak terlindung/ sungai/ air hujan
7	Bahan bakar untuk memasak	Kayu bakar/ arang/ minyak tana
8	Konsumsi daging/ ayam/ susu / perminggu	Satu kali dalam seminggu.
9	Pembelian pakaian baru setiap anggota rumah tangga setiap tahun	Tidak pernah membeli/ satu sel
10	Frekuensi makan dalam sehari	Satu/ dua kali dalam sehar
11	Kemampuan untuk membayar biaya pengobatan	Tidak mampu membayar
12	Lapangan pekerjaan kepala rumah tangga	Petani dengan luas lahan 500m ² , buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp. 600.000,- per bulan
13	Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga	Tidak sekolah/ tidak tamat SD/ tamat SD.
14	Pemilikan aset/ harta bergerak maupun tidak bergerak	Tidak memiliki tabungan/ barang yang mudah dijual dengan minimal Rp. 500.000,- seperti sepeda motor kredit/ non kredit, emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

Sumber : Badan Pusat Statistik (BPS)

2.1.6. Sumber – Sumber Penerimaan Rumah Tangga

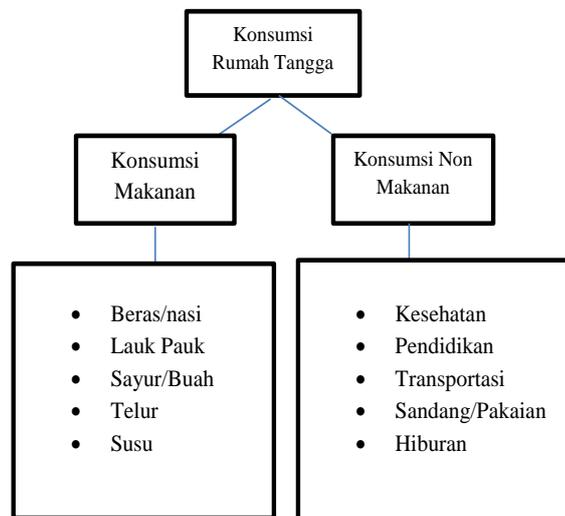
Pendapatan secara umum seringkali berhubungan dengan sejumlah uang yang diterima seseorang sebagai hasil atas balas jasa yang dilakukan, dikerjakan atau diinvestasikan, penerimaan atau income yang dimiliki seseorang pasti akan berbeda dengan penghasilan orang lain. Pendapatan seseorang bisa berasal dari berbagai sumber tidak hanya bersumber dari hasil balas jasa saja namun juga dapat diperoleh dari beberapa alternatif, misalnya, pendapatan investasi dan portofolio, bagi sebagian orang pendapatan yang mereka terima juga dapat ber sumber dari penerimaan atas investasi yang mereka lakukan. Sesuai dengan namanya, maka pendapatan investasi merupakan penghasil yang berasal dari hasil investasi, contohnya investasi reksadana, saham, obligasi, dan lainnya.

Sumber penerimaan lain yang menjadi alternatif atas penerimaan yang diperoleh masyarakat adalah penerimaan atas subsidi yang dikeluarkan oleh Pemerintah, namun pendapatan dari subsidi ini memang di peruntukan bagi masyarakat yang dianggap layak dalam menerima subsidi, hal tersebut dikarenakan manusia sebagai pelaku ekonomi tentunya memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam rangka memenuhi kebutuhan. Sehingga subsidi dianggap sebagai salah satu cara alternatif sebagai alat peningkatan daya beli masyarakat serta dapat meminimalisasi ketimpangan akan akses barang dan jasa. Adapun beberapa jenis subsidi yang diberikan Pemerintah yang kemudian menjadi salah satu sumber penerimaan alternatif masyarakat seperti subsidi tidak langsung yaitu subsidi kesehatan, bantuan dana pendidikan, subsidi BBM, subsidi beras miskin, yang memang tidak dikeluarkan dalam bentuk nominal rupiah

namun subsidi tersebut juga dapat dimanfaatkan oleh masyarakat, adapun juga subsidi yang langsung seperti subsidi bantuan langsung tunai, ataupun subsidi yang diperuntukan bagi keluarga sangat miskin seperti Program Keluarga Harapan yang dimana subsidi yang diterima ialah subsidi berupa nominal mata uang.

2.1.7. Pola Konsumsi dan Alokasi Pengeluaran Rumah Tangga

Konsumsi sering di artikan sebagai tindakan pemenuhan makanan dan minuman saja, namun sejatinya tindakan konsumsi lebih luas dari pengertian tersebut, konsumsi merupakan tindakan penggunaan barang dan jasa akhir yang siap digunakan manusia untuk memenuhi kebutuhannya. Adapun konsumsi menurut *Mankiw*, bahwa konsumsi adalah barang atau jasa yang dibeli oleh rumah tangga konsumsi. Barang dapat dipilah menjadi barang tidak tahan lama (non durable goods) yaitu barang yang habis dipakai dalam waktu pendek, seperti makanan dan pakaian. Dan barang tahan lama (durable good) yaitu barang yang memiliki usia panjang seperti alat-alat elektronik dan kendaraan bermotor. Sementara itu jasa (service) meliputi pekerjaan yang dilakukan untuk konsumen oleh individu dan perusahaan seperti potong rambut dan berobat ke dokter. Adapun pengeluaran rumah tangga untuk konsumsi terbagi kedalam dua kategori yaitu konsumsi makanan dan non makanan seperti yang tergambar dalam sebuah bagan sebagai berikut :



Gambar 2.3.

Konsumsi Rumah Tangga.

Pola konsumsi dapat diartikan sebagai jenis dan besaran kebutuhan seseorang terhadap barang dan jasa yang akan dikonsumsi dalam jangka waktu tertentu, yang dipenuhi dari pendapatannya, pola konsumsi menggambarkan bagaimana seseorang konsumen memutuskan berapa jumlah kombinasi barang atau jasa yang akan dibeli dalam berbagai kondisi yang dihadapi. (Schiffman and Kamuk, 2004). Pola konsumsi tiap orang berbeda-beda, tetapi secara umum dalam berkonsumsi orang akan mendahulukan kebutuhan pokok, baru kemudian memenuhi kebutuhan lainnya, perbedaan pola konsumsi tiap orang tidak hanya dipengaruhi oleh tinggi rendahnya pendapatan, tapi juga dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut:

- a. tingkat pendidikan/pengetahuan
- b. kondisi tempat tinggal iklim
- c. jenis pekerjaan

- d. tingkat peradaban bangsa
- e. kebiasaan dan kondisi sosial budaya masyarakat
- f. tinggi rendahnya harga barang dan jasa
- g. selera yang sedang berkembang di masyarakat.

Pola konsumsi dan pengeluaran rumah tangga umumnya berbeda antar kelompok pendapatan, antar etnis atau suku dan antar waktu. Struktur pengeluaran rumah tangga merupakan salah satu indikator tingkat kesejahteraan rumah tangga. Dalam hal ini rumah tangga dengan pangsa pengeluaran pangan tinggi tergolong rumah tangga dengan tingkat kesejahteraan rendah relatif dibanding rumah tangga dengan proporsi pengeluaran untuk pangan yang rendah (Rachman, HPS, 2001). Pengeluaran juga disebut sebagai pengeluaran konsumsi yang dilakukan oleh seluruh rumah tangga tergantung pada pendapatan yang diterima, dimana diketahui bahwa tingkat pendapatan berpengaruh terhadap pola konsumsi dan juga tingkat pengeluaran rumah tangga atau individu. (Talumingan.1996), juga menyatakan bahwa alokasi untuk kebutuhan konsumsi adalah sejumlah dana atau pendapatan yang digunakan untuk konsumsi baik konsumsi pangan maupun non pangan seperti pendidikan dan kesehatan.

2.1.8. Subsidi Kesehatan

Kesehatan merupakan pengeluaran non konsumsi rumah tangga selain dari pendidikan, transportasi maupun kebutuhan akan sarana komunikasi dan lain sebagainya. Kesehatan merupakan salah satu bagian dari sektor yang harus menjadi prioritas dalam upaya pengentasan kemiskinan, pemberian subsidi kesehatan atau jaminan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin, dapat menjadi salah satu

cara untuk memutus lingkaran kemiskinan dengan meningkatkan status kesehatan dan juga gizi masyarakat.

Kesehatan erat kaitannya dengan produktivitas penduduk. Dipastikan seluruh masyarakat mendambakan kesehatan agar dapat meningkatkan produktivitas untuk memenuhi kebutuhan hidup. Hal tersebut menjadikan permasalahan dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat menjadi suatu pekerjaan rumah yang cukup penting bagi sebuah negara, termasuk juga Indonesia. Jaminan kesehatan di Indonesia sebenarnya telah lahir sejak zaman kolonial Belanda. Dan setelah kemerdekaan, pada 1968 pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun beserta anggota keluarganya. Kebijakan tersebut tertuang dalam Keputusan Presiden No 230 Tahun 1968.

Prof G.A Siwabessy selaku Menteri Kesehatan yang menjabat saat itu, membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK). Siwabessy yakin suatu hari nanti, klimaks dari pembentukan BPDPK akan tercapai melalui suatu sistem yang dapat menjamin kesehatan seluruh warga bangsa ini. Sebagai cikal bakal terwujudnya impian jaminan kesehatan rakyat, Siwabessy mengajukan gagasan untuk perlu segera menyelenggarakan program Asuransi Kesehatan Nasional di mana kepesertaannya tidak hanya mencakup Pegawai Negeri Sipil beserta anggota keluarganya. Pada tahun 1984 Pemerintah mengeluarkan kebijakan untuk meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi pesertanya dengan pengelolaan yang lebih profesional, BPDPK pun berubah status dari sebuah badan di lingkungan Departemen Kesehatan

menjadi BUMN, yakni Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti (PHB). Untuk itu diterbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya. Selanjutnya dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti.

Pada tahun 1991, berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 kepesertaan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola oleh Perum Husada Bhakti ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Seiring berjalannya waktu guna meningkatkan pelayanan masyarakat, PHB pun berubah status menjadi PT Asuransi Kesehatan (Askes) (Persero) melalui Peraturan Pemerintah No 6 Tahun 1992, sebagai tahap awal, pada Januari 2005 PT Akses dipercaya pemerintah menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) di 3 provinsi dan 13 kabupaten. Program yang dikenal Askeskin atau Asuransi Kesehatan untuk Masyarakat Miskin cukup membantu puluhan juta masyarakat yang selama ini tidak tersentuh pelayanan kesehatan yang memadai. Dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, peningkatan pelayanan kepada peserta, dan manajemen lebih mandiri, kemudian pada tahun 2011, dengan disahkan dan diundangkannya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT Askes (Persero) ditransformasikan menjadi BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan sebagai transformasi PT Askes (Persero) mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014.

Jaminan kesehatan sejatinya merupakan hak seluruh warga negara, tidak terkecuali diantaranya adalah masyarakat miskin dengan tingkat pendapatan di bawah rata-rata, oleh karena itu Pemerintah sebagai penanggung jawab atas hajat hidup masyarakatnya terutama masyarakat miskin terus berupaya untuk memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat miskin dan telah meluncurkan berbagai macam program dan kebijakan dalam pembiayaan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah, sebagai upaya meningkatkan kesehatan, terutama bagi masyarakat miskin.

Pada tahun 2005 pemerintah melalui Departemen Kesehatan kembali meluncurkan program yang difokuskan pada masyarakat miskin, yaitu, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) yang disempurnakan bentuk dan operasionalnya pada tahun 2008 menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Tahun 2010 pemerintah kembali memperkenalkan program baru yaitu Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang didanai dan disalurkan ke seluruh puskesmas yang ada di Indonesia. Pengaruh lembaga Internasional seperti PBB yang Indonesia menjadi anggotanya dengan konsep Millennium Development Goals (MDGs) menekankan beberapa target pembangunan berkelanjutan yang harus dicapai oleh negara-negara berkembang di dunia termasuk Indonesia.

Upaya pemerintah untuk terus memperluas cakupan pelayanan program Jamkesmas selain bagi masyarakat miskin juga diberikan kepada gelandangan, pengemis, anak terlantar serta masyarakat miskin yang tidak punya identitas, masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, korban bencana paska tanggap

darurat dan masyarakat miskin penghuni lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan. Keterlibatan pemerintah daerah pada masa ini juga ditunjukkan dengan adanya program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang diperuntukkan bagi warga suaru daerah yang belum tercakup dalam program Jamkesmas.

Jaminan Kesehatan merupakan salah satu jenis kegiatan program bantuan sosial di bidang kesehatan yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan penduduk miskin guna melindungi dari kemungkinan terjadinya risiko sosial yang diselenggarakan di Puskesmas dan jaringannya meliputi Puskesmas Pembantu, Bidan Desa, serta di rumah sakit kelas III Pemerintah atau rumah sakit swasta yang ditunjuk oleh Pemerintah melalui program Askeskin maupun Jamkesmas pada saat itu, yang kemudian kini sudah bertransformasi dan terfokus menjadi BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran) yang di khususkan bagi masyarakat tidak mampu. Tujuan dari pemberian jaminan kesehatan antara lain adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, sifatnya tidak terus menerus dan selektif, diberikan melalui Kementerian/Lembaga sesuai dengan tugas dan kewenangannya masing-masing melalui bendahara umum negara (BA999). Di dalam APBD, jaminan kesehatan terdapat dalam pos Belanja Pemerintah Pusat (K/L dan Non-K/L).Jaminan Kesehatan merupakan salah satu faktor penting dalam upaya meningkatkan kualits sumber daya manusia, terlebih hal tersebut merupakan hak setiap warga negara yang harus di penuhi oleh Negara.

2.1.8.1. Program PBI (Penerima Bantuan Iuran)

Program Penerima Bantuan Iuran (PBI), ialah sebuah program subsidi kesehatan yang ditujukan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu yang iuranya di bayar oleh Pemerintah. Program subsidi kesehatan ini bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu, agar mendapat jaminan untuk mengakses layanan kesehatan tanpa mengeluarkan biaya untuk mengakses layanan kesehatan tersebut, seperti yang juga tetera dalam Undang- Undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945, Pasal 28, bahwa *“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”*.

Kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia yang tidak dapat dihapus dalam dirinya karena hak kesehatan tersebut telah ada sejak manusia itu lahir dan harus dijaga keberlangsungannya tanpa adanya diskriminasi. Setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara, dan upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggungjawab semua pihak, baik pemerintah maupun masyarakat. Untuk mewujudkan hal tersebut Pemerintah Indonesia harus melaksanakan suatu program jaminan kesehatan agar hak kesehatan seluruh rakyat dapat terjamin.

Masyarakat miskin yang tidak mampu membayar iurannya maka, Pemerintah wajib membayarkan iuran tersebut, ini sesuai ketentuan Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 yakni, “*Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan*”. Masyarakat miskin yang dimaksud adalah fakir miskin dan orang tidak mampu dimana pemerintah wajib mendaftarkan mereka dalam program jaminan kesehatan. Adapun kriteria masyarakat miskin penerima PBI (Penerima Bantuan Iuran antara lain sebagai berikut :

1. Tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar;
2. Mempunyai pengeluaran sebagian besar digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sangat sederhana;
3. Tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali Puskesmas atau yang disubsidi pemerintah;
4. Tidak mampu membeli pakaian satu kali dalam satu tahun untuk setiap anggota rumah tangga dan
5. Mempunyai kemampuan hanya menyekolahkan anaknya sampai jenjang pendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama;
6. Mempunyai dinding rumah terbuat dari bambu/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah usang/berlumut atau tembok tidak diplester;

7. Kondisi lantai terbuat dari tanah atau kayu/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah;
8. Atap terbuat dari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/ kualitas rendah;
9. Mempunyai penerangan bangunan tempat tinggal bukan dari listrik atau listrik tanpa meteran;
10. Luas lantai rumah kecil kurang dari 8 m²/orang dan
11. Mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindung/air sungai/air hujan/lainnya.

2.2. Penelitian Terdahulu

2.2.1. Penelitian Horas Djulius dan Endang Rostiana

Penelitian pertama yang dilakukan oleh Horas Djulius dan Endang Rostiana dari Universitas Pasundan yang berjudul “*Eksplorasi Pola Konsumsi untuk Membentuk Model Manajemen Keuangan untuk Keluarga Miskin di Bandung, Indonesia*” menyatakan bahwa pengentasan kemiskinan, khususnya di daerah perkotaan, sering menjadi indikator perkembangan negara berkembang. Masalah ini bisa diatasi bukan hanya oleh pemerintah tapi juga dengan memberdayakan keluarga miskin. Dengan demikian, pengelolaan keuangan keluarga seharusnya dilakukan Fokus pada pengeluaran yang memenuhi unsur-unsur yang sehat, produktif, dan keluarga yang berorientasi baik, yaitu berinvestasi pada modal manusia. Penelitian ini adalah Studi pendahuluan untuk mengeksplorasi pengelolaan keuangan keluarga miskin. Penelitian ini bertujuan

untuk mendeskripsikan dan menjelaskan pola belanja rumah tangga miskin perkotaan, dan berbagai faktor-faktor yang dapat menyebabkan pola tersebut.

Pendekatan pertama dalam mengukur kemiskinan dalam penelitian ini adalah melalui pendapatan seperti yang dilakukan oleh Bank Dunia, yang mendefinisikan kemiskinan absolut memiliki batas maksimum pendapatan sebesar 1 USD atau 2 USD per kapita. Untuk mengatasi kemiskinan, subsidi berupa pendapatan dapat diberikan kepada keluarga miskin. Pendekatan kedua dalam mengukur kemiskinan adalah melalui Pengeluaran yang dilakukan oleh keluarga miskin.

Pendapatan dan konsumsi adalah pelengkap dalam mengukur kesejahteraan dan kemiskinan. Proses penentuan pola konsumsi orang miskin juga berarti mengenali kualitas hidup mereka menganalisis hubungan antara yang utama, jenis konsumsi dan karakteristik rumah tangga yang ternyata saling mempengaruhi, termasuk dua item pengeluaran utama yang menjadi perhatian adalah, konsumsi makanan dan non makanan (kesehatan, pendidikan, transportasi).

2.2.2. Penelitian Etavianti, Mohd Nur Syechalad, dan Sofyan Syahnur

Penelitian selanjutnya, ialah penelitian yang dilakukan oleh Etavianti, Mohd Nur Syechalad dan Sofyan Syahnur, dari Pascasarjana Universitas Syiah Kuala, yang berjudul “*Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga Masyarakat Miskin Di Kabupaten Bireun*”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga masyarakat miskin

di Kabupaten Bireuen. Aspek yang dianalisis mencakup variabel pengeluaran konsumsi kesehatan, pendapatan, umur, ukuran keluarga dan tingkat pendidikan. Metode analisis yang digunakan adalah regresi berganda dengan metode kuadrat terkecil (Method of Ordinary Least Square) OLS. Hasil Estimasi menunjukkan bahwa pendapatan, umur dan tingkat pendidikan berpengaruh positif dan signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga masyarakat miskin. Dari hasil penelitian ini diharapkan agar pihak-pihak terkait terutama Pemerintah setempat dapat terus mengusahakan pertumbuhan ekonomi yang cukup tinggi dengan menggerakkan sektor-sektor produktif, memperluas lapangan kerja dan menciptakan iklim berusaha yang dapat meningkatkan pendapatan masyarakat yang pada akhirnya akan meningkatkan konsumsi masyarakat terutama konsumsi kesehatan, selain itu hendaknya pemerintah tetap menjalankan program JKA sebagai salah satu upaya mengurangi semakin besarnya pengeluaran konsumsi kesehatan yang harus dipikul oleh rumah tangga masyarakat miskin sebagai akibat dari rendahnya pendapatan yang diterima.

2.2.3. Penelitian Vebri Rifyal Azra

Penelitian terakhir yang dilakukan oleh Vebri Rifyal Azra, yang berjudul “*Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Alokasi Pengeluaran Rumah Miskin Untuk Kesehatan Di Kota Padang*”. Penelitian ini bertujuan untuk Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi alokasi pengeluaran rumah tangga miskin untuk kesehatan di Koto Tangah. Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data sekunder berupa data susenas tahun 2012, yaitu data pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan, pengeluaran

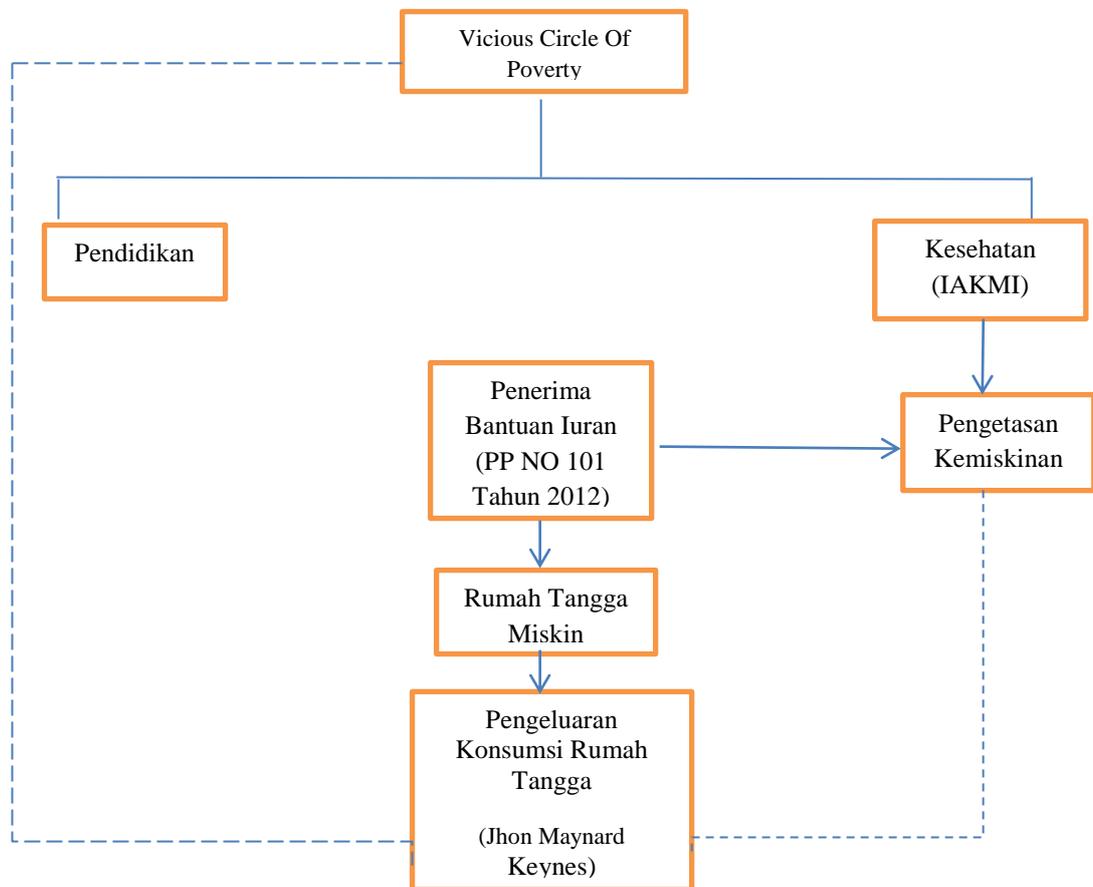
untuk makanan, pengeluaran untuk non makanan, umur kepala rumah tangga, lapangan usaha utama, dan keluhan kesehatan yang mengganggu. Metode analisis yang digunakan adalah Regresi linier berganda. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengeluaran makanan dan lapangan usaha utama berpengaruh signifikan negatif terhadap pengeluaran kesehatan rumah tangga miskin di Koto Tangah, sementara pengeluaran non makanan dan lapangan usaha utama berpengaruh signifikan positif terhadap pengeluaran kesehatan rumah tanggamiskin di Koto Tangah, untuk variabel umur kepala rumah tangga tidak signifikan mempengaruhi pengeluaran kesehatan rumah tanggamiskin di Koto Tangah

2.3. Kerangka Pemikiran

Kesehatan merupakan salah pengeluaran non konsumsi rumah tangga yang sangat penting dan dianggap sebagai pengeluaran non konsumsi rumah tangga yang essensial selain daripada pengeluaran rumah tangga untuk konsumsi makanan dan pengeluaran non konsumsi lainnya seperti pendidikan dan transportasi. Kesehatan sangat penting dalam kehidupan manusia, manusia yang sehat secara jasmani dan rohani tentunya akan lebih produktif dalam menjalankan aktivitasnya baik itu bekerja maupun belajar. Tenaga kerja yang lebih sehat akan dapat bekerja jauh lebih baik dan menghasilkan intensif yang lebih tinggi dibandingkan dia yang tidak sehat, sedangkan anak yang lebih sehat akan dapat menerima ilmu lebih baik di sekolah, lincah dan enerjik dibandingkan dengan anak yang sakit, sehingga dimasa depan anak yang sehat dan terdidik dapat menjadi individu yang pandai,sehat jasmani dan juga rohani.

- ***Teori Vicious Circle Of Poverty***. Menjelaskan bahwa orang miskin terperangkap di dalam sebuah poros kemiskinan yang sejatinya poros tersebut di pengaruhi oleh rendahnya dua faktor yaitu rendahnya tingkat pendidikan dan juga rendahnya tingkat kesehatan, dimana kedua faktor tersebut saling mempengaruhi sehingga seseorang yang tidak memiliki sumber daya yang mumpuni untuk melepaskan diri dari poros kemiskinan tersebut akan terus terperangkap dalam poros tersebut sehingga akan tetap menjadi miskin bahkan akan melahirkan generasi selanjutnya yang juga miskin.
- ***Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI)***, mendefinisikan bahwa kesehatan masyarakat adalah seni untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat dengan cara membangun masyarakat yang sehat, yang meliputi usaha – usaha peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, keluarga maupun perorangan serta penyehatan lingkungan hidupnya dalam bentuk fisik, biologis, sosio-ekonomis dan sosio-kultural dengan mengikut sertakan masyarakat. Kesehatan Masyarakat pada hakekatnya adalah ilmu pengetahuan dan teknologi yang mempelajari masalah kesehatan dan segala faktor – faktor yang mempengaruhinya serta segala upaya atau cara untuk mengatasinya dalam masyarakat.
- ***Teori konsumsi Keynes***, menganggap perhitungan fluktuasi ekonomi negara dapat dihitung berdasarkan besarnya konsumsi dan pendapatan belanja rumah tangga. Pada pengeluaran rumah tangga, selalu terdapat

pengeluaran untuk konsumsi walaupun tidak memiliki pendapatan. Hal ini disebut sebagai pengeluaran konsumsi otonomus atau *autonomous consumption*. Keynes memiliki teori konsumsi absolut yang disebut sebagai Teori Konsumsi Keynes (*absolut income hypothesis*). Keynes berpendapat bahwa besarnya konsumsi rumah tangga, tergantung dari pendapatan yang dihasilkan. Perbandingan antara besarnya konsumsi dan pendapatan disebut Keynes sebagai *Marginal Propensity to Consume (MPC)*. MPC ini menjelaskan bahwa semakin besar pendapatan yang dimiliki, maka tingkat konsumsi rumah tangga juga akan semakin tinggi, dan begitu pula sebaliknya, hal tersebut secara jelas menggambarkan bahwa tingkat konsumsi dipengaruhi oleh tingkat pendapatan, dan tingkat pendapatan akan mempengaruhi konsumsi. Dari sejumlah ringkasan teori tersebut maka kerangka pemikiran mengenai penelitian ini dapat di lihat oleh gambar 2.4. sebagai berikut :



Gambar 2.4
Kerangka Pemikiran