

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS

2. 1. Kajian Pustaka

2.1.1. Indeks Pembangunan Manusia

Manusia adalah kekayaan bangsa yang sesungguhnya sehingga tujuan akhir pembangunan harus difokuskan pada manusia. Kondisi ini akan menciptakan lingkungan yang memungkinkan masyarakat untuk dapat menikmati umur panjang, sehat, dan menjalankan kehidupan yang produktif. Konsep ini menjadi cikal bakal munculnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM). *United Nations Development Programme* (UNDP) memperkenalkan IPM pertama kali pada tahun 1990. Saat itu, IPM dibentuk dari empat indikator yang merefleksikan dimensi umur panjang dan hidup sehat, pengetahuan, dan standar hidup layak. Keempat indikator tersebut adalah angka harapan hidup saat lahir, angka melek huruf, gabungan angka partisipasi kasar, dan Produk Domestik Bruto (PDB) per kapita. Sejak saat itu, IPM secara berkala dipublikasikan setiap tahun dalam suatu Laporan Pembangunan Manusia (*Human Development Report*).

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau Human Development Index (HDI) adalah pengukuran perbandingan dari harapan hidup, melek huruf, pendidikan dan standar hidup untuk semua negara di seluruh dunia. IPM digunakan untuk mengklasifikasikan apakah sebuah negara adalah negara maju, negara berkembang

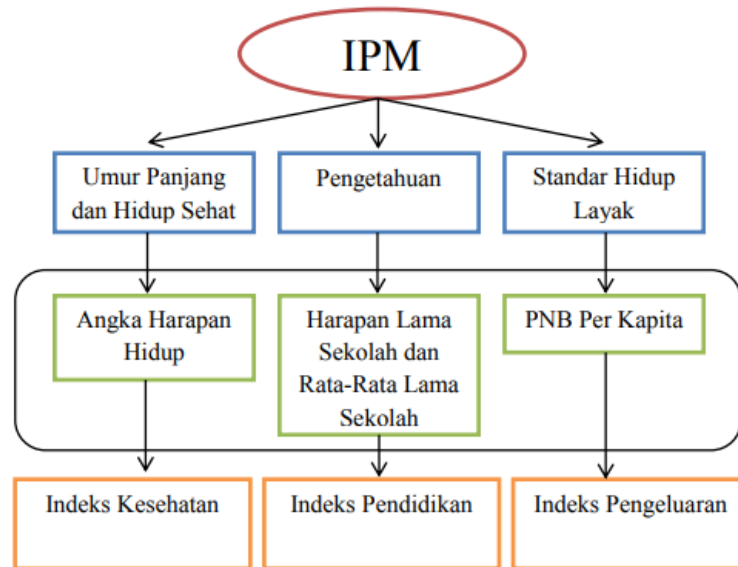
atau negara terbelakang dan juga untuk mengukur pengaruh dari kebijaksanaan ekonomi terhadap kualitas hidup. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) juga dapat diartikan sebagai indeks pencapaian kemampuan dasar pembangunan manusia yang dibangun melalui pendekatan tiga dimensi dasar yaitu umur panjang dan sehat, pengetahuan, dan kehidupan yang layak.

Indeks pembangunan manusia pada dasarnya merupakan sebuah konsep yang menginginkan peningkatan kualitas hidup masyarakatnya baik secara fisik, mental maupun secara spiritual. Konsep pembangunan manusia harus dibangun dari hal-hal sebagai berikut:

1. Mengutamakan penduduk sebagai pusat perhatian.
2. Bertujuan untuk memperbesar pilihan-pilihan bagi penduduk, bukan hanya untuk meningkatkan pendapatan mereka.
3. Memperhatikan bukan hanya pada upaya meningkatkan kemampuan atau kapasitas manusia, tetapi juga pada upaya-upaya memanfaatkan kemampuan/kapasitas manusia tersebut secara optimal.
4. Didukung empat pilar pokok, yaitu produktivitas, pemerataan, kesinambungan dan pemberdayaan.
5. Menjadi dasar dalam penentuan tujuan pembangunan dan dalam menganalisis pilihan-pilihan untuk mencapainya

Menurut UNDP indeks pembangunan sumber daya manusia dapat ditentukan menggunakan ukuran kuantitatif yang disebut dengan HDI (Human Development Indeks). HDI digunakan sebagai tolak ukur pembangunan sumber daya manusia yang

yang dirumuskan secara konstan. Adapun indikator yang digunakan untuk mengukur ukuran HDI adalah sebagai berikut:



a. Indeks Harapan Hidup

Angka Harapan Hidup (AHH) merupakan rata-rata perkiraan banyak tahun yang dapat ditempuh oleh seseorang selama hidup. Perhitungan angka harapan hidup melalui pendekatan tak langsung (indirect estimation). Jenis data yang digunakan adalah Anak Lahir Hidup (ALH) dan Anak Masih Hidup (AMH). Indeks harapan hidup dihitung dengan menghitung nilai maksimum dan nilai minimum harapan hidup sesuai standar UNDP, yaitu angka tertinggi sebagai batas atas untuk perhitungan indeks dipakai 85 tahun dan terendah adalah 25 tahun.

b. Indeks Pendidikan

Indikator yang digunakan dalam mengukur indeks pendidikan adalah rata-rata lama sekolah (Mean Years of Schooling - MYS) dan angka melek huruf. Kedua indikator pendidikan ini dimunculkan dengan harapan dapat mencerminkan tingkat pengetahuan (cerminan angka Lit), dimana Lit merupakan proporsi penduduk yang memiliki kemampuan baca tulis, sedangkan cerminan angka MYS merupakan gambaran terhadap keterampilan yang dimiliki penduduk

Rata-rata lama sekolah menggambarkan jumlah tahun yang digunakan untuk penduduk usia 15 tahun ke atas dalam menjalani pendidikan formal. Perhitungan rata-rata lama sekolah menggunakan dua batasan yang dipakai sesuai kesepakatan beberapa negara. Rata-rata lama sekolah memiliki batas maksimumnya 15 tahun dan batas minimum sebesar 0 tahun.

Angka melek huruf adalah persentase penduduk usia 15 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis huruf latin dan atau huruf lainnya. Seperti halnya rata-rata lama sekolah, angka melek huruf juga menggunakan batasan yang dipakai sesuai kesepakatan beberapa negara. Batas maksimum untuk angka melek huruf adalah 100 (seratus), sedangkan batas minimumnya 0 (nol). Nilai 100 menggambarkan kondisi 100 persen atau semua masyarakat mampu membaca dan menulis, sedangkan nilai 0 mencerminkan kondisi sebaliknya.

c. Indeks Standar Hidup Layak

Dimensi lain dari ukuran kualitas hidup manusia adalah standar hidup layak. Dalam cakupan lebih luas, standar hidup layak menggambarkan tingkat kesejahteraan yang dinikmati oleh penduduk sebagai dampak semakin membaiknya ekonomi. UNDP mengukur standar hidup layak menggunakan Produk Domestik Bruto (PDRB) riil yang disesuaikan, sedangkan BPS dalam menghitung standar hidup layak menggunakan rata-rata pengeluaran per kapita riil yang disesuaikan dengan formula Atkinson.

Perhitungan IPM sub nasional (provinsi atau kabupaten/kota) tidak memakai PDRB per kapita, karena PDRB per kapita hanya mengukur produksi suatu wilayah dan tidak mencerminkan daya beli riil masyarakat. Untuk mengukur daya beli penduduk antar provinsi di Indonesia, BPS menggunakan data rata-rata konsumsi 27 komoditi terpilih dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) yang dianggap paling dominan dikonsumsi oleh masyarakat Indonesia dan telah distandarkan agar bisa dibandingkan antar daerah dan antar waktu yang disesuaikan dengan indeks PPP (Purchasing Power Parity)

2.1.2. Ekonomi Sumber Daya Manusia

Ekonomi menyangkut berbagai kebutuhan manusia dan berbagai sumber. Keinginan dan kebutuhan manusia tidak terbatas. Dengan demikian, ilmu ekonomi berusaha menerangkan bagaimana memenuhi kebutuhan masyarakat sebanyak mungkin dengan jumlah sumber-sumber yang terbatas.

Sumber daya ekonomi atau *human resources* mengandung dua pengertian. Pertama, Sumber Daya Manusia (SDM) mengandung pengertian usaha kerja atau jasa yang dapat di berikan dalam proses produksi. Dalam hal ini, Sumber Daya Manusia (SDM) mencerminkan kualitas usaha yang di berikan oleh seseorang dalam waktu tertentu untuk menghasilkan barang atau jasa.

Pengertian kedua menyangkut manusia yang mampu bekerja untuk memberikan jasa atau usaha kerja tersebut. Mampu bekerja berarti mampu melakukan kegiatan yang mempunyai nilai ekonomis, yaitu bahwa kegiatan tersebut menghasilkan barang atau jasa untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Secara fisik, kemampuan bekerja diukur dengan usia atau orang dalam usia kerja dianggap mampu bekerja. Kelompok penduduk dalam usia kerja tersebut dinamakan tenaga kerja atau *manpower*. Secara singkat, tenaga kerja didefinisikan sebagai penduduk dalam usia kerja (*working-age population*).

Kedua pengertian SDM mengandung aspek kuantitas dalam arti jumlah penduduk yang mampu bekerja dan aspek kualitas dalam arti jasa kerja yang tersedia dan diberikan untuk produksi. Pengertian di atas juga menegaskan bahwa SDM mempunyai peranan sebagai faktor produksi. Sebagaimana halnya dengan faktor-faktor yang lain, SDM sebagai faktor produksi juga terbatas. Pendayagunaan SDM untuk menghasilkan barang atau jasa di pengaruhi oleh dua faktor yaitu :

1. Yang mempengaruhi jumlah dan kualitas SDM
2. Faktor dan kondisi yang mempengaruhi pengembangan perekonomian yang kemudian mempengaruhi pendayagunaan SDM.

Ekonomi Sumber Daya Manusia berusaha menerangkan bagaimana memanfaatkan SDM sebaik-baiknya agar dapat menghasilkan barang atau jasa guna memenuhi sebanyak mungkin kebutuhan masyarakat dengan melihat beberapa hal yaitu :

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyediaan tenaga kerja
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan akan tenaga kerja
3. Pasar kerja di mana terjadi proses mempertemukan lowongan kerja dan pencari kerja

Selain itu, Ekonomi Sumber Daya Manusia juga membahas masalah-masalah yang timbul dalam faktor-faktor dan alternatif-alternatif kebijakan yang perlu diambil untuk masalah-masalah tersebut.

Penyediaan tenaga kerja mengandung pengertian jumlah penduduk yang sedang dan siap untuk bekerja dan pengertian kualitas usaha kerja yang diberikan. Secara umum, penyediaan tenaga kerja dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti jumlah penduduk, tenaga kerja, pendidikan, produktivitas, dan lain-lain. Penyediaan tenaga kerja dipengaruhi oleh jumlah penduduk dan struktur umur. Semakin banyak unsur penduduk dalam umur anak-anak, semakin kecil jumlah yang tergolong tenaga kerja.

Kenyataan juga menunjukkan bahwa tidak semua tenaga kerja atau penduduk dalam usia kerja siap untuk bekerja, karena sebagian mereka masih bersekolah,

mengurus rumah tangga dan golongan lain-lain sebagai penerima pendapatan. Dengan kata lain, semakin besar jumlah orang yang bersekolah dan yang mengurus rumah tangga, semakin kecil penyediaan tenaga kerja. Jumlah yang siap bekerja dan yang belum bersedia untuk bekerja, dipengaruhi oleh kondisi masing-masing keluarga, kondisi ekonomi dan sosial secara umum, dan kondisi pasar kerja itu sendiri.

Penyediaan tenaga kerja juga dipengaruhi oleh lamanya orang bekerja setiap minggu. Lamanya orang bekerja setiap minggu tidak sama. Ada orang yang bekerja penuh. Akan tetapi banyak juga orang bekerja hanya beberapa jam seminggu atas keinginan dan pilihan sendiri atau karena terpaksa berhubung terbatasnya kesempatan untuk bekerja penuh. Oleh sebab itu, analisa penyediaan tenaga kerja tidak cukup hanya dengan memperhatikan jumlah orang yang bekerja, akan tetapi perlu juga memperhatikan berapa jam orang itu bekerja dalam seminggu.

Selanjutnya penyediaan tenaga kerja juga dipengaruhi oleh tingkat produktivitas kerja. Banyak orang yang bekerja keras, tetapi banyak juga orang yang bekerja dengan sedikit usaha. Hasil yang diperoleh dari dua cara tersebut tentu akan berbeda. Produktivitas kerja seseorang juga dipengaruhi oleh motivasi dari tiap-tiap individu, tingkat pendidikan dan pelatihan yang sudah diterima serta kemampuan manajemen. Orang yang berpendidikan tinggi dan lebih giat berlatih pada dasarnya mempunyai produktivitas yang lebih tinggi juga. Manajemen yang relatif baik akan mampu mengarahkan karyawannya untuk meningkatkan produktivitas kerja.

Jumlah penduduk dan angkatan kerja yang besar serta laju pertumbuhan penduduk yang tinggi sebenarnya tidak perlu menjadi masalah bila daya dukung ekonomi yang efektif di negara itu cukup kuat memenuhi berbagai macam kebutuhan masyarakat, termasuk penyediaan kesempatan kerja.

2.1.2.1. Teori Kependudukan

Menurut Para Ahli Penduduk merupakan semua orang yang berdomisili di wilayah geografis Republik Indonesia selama 6 bulan atau lebih dan mereka yang berdomisili kurang dari 6 bulan dengan tujuan untuk menetap (BPS, 2014 : 102).

Pertumbuhan penduduk merupakan keseimbangan yang dinamis antara kekuatan-kekuatan yang menambah dan kekuatan yang mengurangi jumlah penduduk. Pertumbuhan penduduk diakibatkan oleh empat komponen yaitu: kelahiran (*fertilitas*), kematian (*mortalitas*), migrasi masuk, dan migrasi keluar (Subri,2003:16).

Teori migrasi Todaro merumuskan bahwa migrasi berkembang karena perbedaan-perbedaan pendapatan yang diharapkan dan yang terjadi di pedesaan dan dipertanian. Anggapan yang mendasar adalah bahwa para migran tersebut memperhatikan berbagai kesempatan-kesempatan kerja yang tersedia bagi mereka dan memilih salah satu yang bisa memaksimalkan manfaat yang mereka harapkan dari bermigrasi tersebut. Pertumbuhan penduduk yang meningkat di desa maupun di kota yang memiliki kondisi perekonomian cenderung lebih baik dari pada di desa (tradisional) membuat penduduk desa terdorong untuk melakukan perpindahan atau

migrasi ke kota dengan harapan akan memperoleh kehidupan yang lebih baik dari pada di desa. Perpindahan penduduk ini mengakibatkan penambahan jumlah penduduk di kota semakin bertambah yang kemudian memaksa kondisi untuk menyediakan lapangan pekerjaan dan penghidupan yang layak. Untuk memenuhi kondisi tersebut maka pemerintah harus memacu laju pertumbuhan ekonomi agar dapat mendorong sektor lain untuk lebih berkembang dan dapat menyerap tenaga kerja.

Sumber daya manusia merupakan faktor terpenting dalam pertumbuhan ekonomi. Tetapi lebih menekankan pada efisiensi mereka. Peningkatan GNP perkapita yang berkaitan erat dengan perkembangan sumber daya manusia yang dapat menciptakan efisiensi dan peningkatan produktivitas dikalangan buruh. Pembentukan modal manusia yaitu proses peningkatan ilmu pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan seluruh penduduk negara yang bersangkutan.

Penggunaan secara tepat sumber daya manusia dapat dilakukan dengan cara yakni harus adanya pengendalian atas perkembangan penduduk, dan dapat dimanfaatkan dengan baik apabila jumlah penduduk dapat dikendalikan dan diturunkan. Selanjutnya harus ada perubahan dalam pandangan tenaga buruh yang terlatih dan terdidik dengan efisiensi yang tinggi yang akan membawa masyarakat kepada pembangunan ekonomi (Almasdi,2009:23).

2.1.2.2. Konsep Kualitas Penduduk

Kualitas penduduk adalah karakteristik fungsional (kemampuan) dari pengertian penduduk, yang memungkinkan penduduk untuk memenuhi tantangan

baru dan menggunakan realitas sosio-obyektif, tidak hanya untuk hidup dalam berbagai situasi yang baru, tantangan dan perubahan (struktural, ideologis, ekonomi, sosial, politis), tetapi juga menggunakan untuk pengembangannya. Berkaitan dengan penduduk, gagasan tentang kualitas dan kuantitas tidak saling eksklusif, tapi saling melengkapi dan terkait erat.

Konsep kualitas penduduk bukanlah pengganti untuk serangkaian karakteristik proses demografis, tetapi berfokus pada kesatuan karakteristik tersebut sebagai elemen pelengkap reproduksi penduduk, yang menjelaskan kondisi dan pola perubahan mereka. Kualitas penduduk menggambarkan kondisi dalam pengertian lingkungan historis tertentu di mana penduduk direproduksi, juga menunjukkan penyebab perubahan penduduk di bawah pengaruh transformasi sosial-ekonomi, iklim, teknologi-ekonomi, sosial-budaya dan faktor-faktor lainnya. Untuk memperjelas pemahaman kita tentang kualitas penduduk, artikel ini akan mengulas tentang pengertian, indikator, dan faktor yang mempengaruhi kualitas penduduk.

Kualitas penduduk sangat berkaitan dengan kemampuan yang dimiliki oleh penduduk untuk dapat mengolah dan memanfaatkan sumber daya alam yang ada di sekitarnya, guna memenuhi kebutuhan hidup serta meningkatkan kesejahteraannya. Sedangkan menurut Undang-Undang RI No 10 Tahun 1992 kualitas penduduk adalah kondisi penduduk dalam aspek fisik dan non fisik serta ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa yang merupakan dasar untuk mengembangkan kemampuan dan

menikmati kehidupan sebagai manusia yang berbudaya, berkepribadian, dan layak
Secara

Indikator yang digunakan untuk mengetahui kualitas atau mutu dari sumber daya manusia dapat dilihat dari beberapa aspek, yaitu:

1. Kesehatan

Kualitas penduduk dipengaruhi oleh tingkat kesehatan. Indikator untuk mengetahui tingkat kesehatan penduduk di suatu negara bisa dilihat dari angka kematian dan angka harapan hidup. Angka kematian yang tinggi mencerminkan tingkat kesehatan penduduk yang rendah, sedangkan angka harapan hidup yang tinggi mencerminkan tingkat kesehatan penduduk yang baik.

Tingkat kesehatan penduduk di suatu negara tidak terlepas dari pendapatan penduduk. Secara umum, semakin tinggi pendapatan penduduk, artinya pengeluaran untuk mendapat pelayanan kesehatan juga akan semakin tinggi. Penduduk yang berpenghasilan tinggi dapat menikmati makanan yang berkualitas dan memenuhi standar kesehatan. Sementara penduduk yang berpendidikan tinggi memiliki produktivitas yang tinggi pula apabila dibandingkan dengan penduduk yang berpendidikan rendah.

2. Pendapatan

Kualitas penduduk juga dapat dilihat dari tingkat kemakmurannya. Meskipun Indonesia menjadi ciri negara berkembang dan tidak termasuk negara

miskin, jumlah penduduk Indonesia yang masih hidup di bawah garis kemiskinan cukup besar.

Berdasarkan standar PBB, lebih dari 37 juta penduduk Indonesia masih hidup di bawah garis kemiskinan. Hingga kini, angka kemiskinan Indonesia masih berada di atas 10%. Untuk mengentaskan kemiskinan di Indonesia, bukan hanya menjadi tanggungjawab bagi pemerintah, tapi menjadi tanggungjawab seluruh bangsa Indonesia.

3. Pendidikan

Selain itu, ada pula indikator untuk mengukur kualitas penduduk menurut Human Development Index (HDI) atau Indeks Pembangunan (IPM). Indeks Pembangunan Manusia (IPM) adalah pengukuran perbandingan dari melek huruf, pendidikan dan standar untuk hidup, serta harapan hidup bagi semua negara yang ada di dunia. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) memiliki fungsi untuk mengklasifikasikan atau mengelompokkan apakah suatu negara termasuk negara terbelakang, negara berkembang, atau negara maju, serta untuk mengatur pengaruh suatu kebijaksanaan ekonomi pada kualitas hidup.

Index Pembangunan Manusia (IPM) mempunyai tiga dimensi yang menjadi dasar dalam pengukuran atau perhitungannya, yaitu:

- *Longevity* (Angka Harapan Hidup), dapat diukur melalui angka harapan hidup saat kelahiran (life expectancy of birth) serta angka kematian bayi yang dihitung dengan perbandingan per seribu penduduk (*infant mortality rate*).

- *Educational Achievement* (Angka Harapan Sekolah), dapat diukur menggunakan dua indikator, yaitu *adult literacy rate* (melek huruf penduduk berusia 15 tahun ke atas), dan *the mean years of schooling* (tahun rata-rata bersekolah untuk penduduk 25 tahun ke atas).
- *Access to Resource* (Standar Hidup Layak), dapat diukur melalui keseimbangan kemampuan belanja atau Produk Domestik Bruto (PDB) per kapita.

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas penduduk, antara lain:

1. Tingkat Pendapatan Penduduk

Tingkat pendapatan penduduk biasanya diukur dari pendapatan per kapita. Pendapatan per kapita ialah rata-rata pendapatan yang diperoleh penduduk dalam waktu satu tahun. Pendapatan per kapita bisa mencerminkan tingkat kesejahteraan dan kemajuan perekonomian suatu pengertian negara.

Semakin tinggi pendapatan per kapita, maka semakin tinggi tingkat kesejahteraan penduduknya, karena bisa memenuhi kebutuhan pangan, sandang, papan, kesehatan, pendidikan, dan kebutuhan yang lain secara pantas dan layak.

Bank Dunia (*World Bank*) membuat klasifikasi ciri negara maju dan negara berkembang berdasarkan tinggi rendahnya pendapatan per kapita ke dalam lima kategori.

- Kelompok negara yang berpendapatan rendah (*low income economies*), yaitu negara-negara yang memiliki PNB per kapita US\$520 atau kurang.

- Kelompok negara yang berpendapatan menengah ke bawah (*lower-middle income economies*), yaitu negara-negara yang mempunyai PNB per kapita antara US\$521 sampai US\$1,740.
- Kelompok negara berpendapatan menengah (*middle income economies*), yaitu negara-negara yang memiliki PNB per kapita antara US\$1,741 sampai US\$2,990.
- Kelompok negara berpendapatan menengah ke atas (*upper-middle income economies*), yaitu negara-negara yang memiliki PNB per kapita antara US\$2,991 sampai US\$4,870.
- Kelompok negara berpendapatan tinggi (*high income economies*), yaitu negara-negara yang memiliki PNB per kapita antara US\$4,871 sampai US\$25,480 bahkan lebih.

2. Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah salah satu kunci utama untuk mencapai kemajuan suatu negara. Cepat atau lambat suatu negara dalam meningkatkan kemajuan ekonominya tergantung pada keberhasilan negara tersebut memberikan pendidikan kepada penduduknya.

Semakin tingginya tingkat pendidikan penduduk, menunjukkan bahwa kualitas penduduk di negara tersebut juga semakin tinggi. Pendidikan dapat meningkatkan kemampuan penduduk untuk melakukan pengolahan sumber daya alam yang dimiliki, sehingga mampu meningkatkan kesejahteraan penduduk.

3. Tingkat pendapatan penduduk rendah

Rendahnya tingkat kemampuan ekonomi orang tua mengakibatkan kesulitan untuk membiayai sekolah anak-anaknya. Meskipun sudah ada berbagai program bantuan pendidikan bagi keluarga tidak mampu, tapi belum semuanya terjangkau bantuan pemerintah.

4. Tingkat Kesehatan

Kualitas penduduk ditinjau dari tingkat kesehatan adalah faktor yang berpengaruh pada kinerja dan produktivitas seseorang. Tinggi-rendahnya tingkat kesehatan penduduk suatu negara bisa dilihat dari besarnya angka kematian bayi dan ibu pada saat melahirkan. Semakin rendah angka kematian bayi dan ibu pada saat melahirkan, artinya semakin baik tingkat kesehatan penduduk.

Tingkat kesehatan penduduk yang rendah disebabkan karena masih banyaknya lingkungan yang kurang sehat, sehingga memudahkan penyebaran berbagai penyakit menular. Oleh karena itu diperlukan adanya kesadaran penduduk untuk selalu menjaga kesehatan diri dan lingkungannya.

Selain itu, tingkat kesehatan penduduk yang rendah juga disebabkan karena keterbatasan layanan kesehatan oleh tenaga medis terutama di daerah-daerah pedesaan yang terpencil. Di Indonesia berdasarkan sensus penduduk yang memperoleh pelayanan kesehatan baru sekitar 43%. Sedangkan sisanya belum memperoleh pelayanan kesehatan secara optimal.

2.1.3. Konsep Kesehatan

Pentingnya kesehatan dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia dapat menjadi inti dari kesejahteraan masyarakat, salah satu indikator untuk melihat kesehatan di suatu wilayah yaitu dengan Angka Harapan Hidup (AHH) di suatu wilayah tersebut (Dores, 2014). Tingkat kesehatan merupakan modal manusia yang sangat penting, sebagai pendukung yang mendasar untuk dapat merefleksikan nilai-nilai lainnya dalam mencapai masyarakat dan individu yang sukses. Kesehatan yang didefinisikan oleh *World Health Organization* (WHO) adalah keadaan sejahtera badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis, yang mulanya dimaksud sehat hanya sehat fisik, psikis, sosial, dan bebas dari kecacatan, sekarang telah ditambah dengan sehat secara spiritual. Jika modal manusia rendah, menyiratkan harapan hidup yang rendah (Leker, 2015). Kesehatan modal manusia dipengaruhi selain oleh genetik, sarana dan prasarana pelayanan kesehatan, dan lingkungan, juga sangat dipengaruhi oleh perilaku atau budaya dari modal manusia itu sendiri, serta budaya dari kelompok dimana modal manusia itu berada (Artana, 2014).

Menurut Dores (2014:129) tolak ukur kesehatan yang berhubungan dengan status kesehatan baik perorangan maupun masyarakat disuatu daerah dapat dilihat dari:

1. Angka kelahiran dan angka kematian Angka kesakitan
2. Angka Harapan Hidup
3. Angka yang menyangkut proses persalinan

Perbaikan kesehatan penduduk akan meningkatkan produktifitas mereka terutama yang bekerja. Hal ini tentunya juga sangat berpengaruh baik pada perbaikan kesejahteraan masyarakat yang nantinya tercermin dengan meningkatnya Angka Harapan Hidup di suatu daerah.

Menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992 Pasal 22, pengertian kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Istilah kesehatan pada dasarnya berasal dari kata sehat yang artinya terbebas dari segala gangguan atau pun penyakit baik penyakit fisik maupun psikis.

2.1.3.1. Hubungan Antara Kesehatan Dengan Pembangunan

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. Di Indonesia sebagai contoh, tenaga kerja laki-laki yang menderita anemia menyebabkan 20% kurang produktif jika dibandingkan dengan tenaga kerja laki-laki yang tidak menderita anemia. Selanjutnya, anak yang sehat mempunyai kemampuan belajar lebih baik dan akan tumbuh menjadi dewasa yang lebih terdidik. Dalam keluarga yang sehat, pendidikan anak cenderung untuk tidak terputus jika dibandingkan dengan keluarga yang tidak sehat.

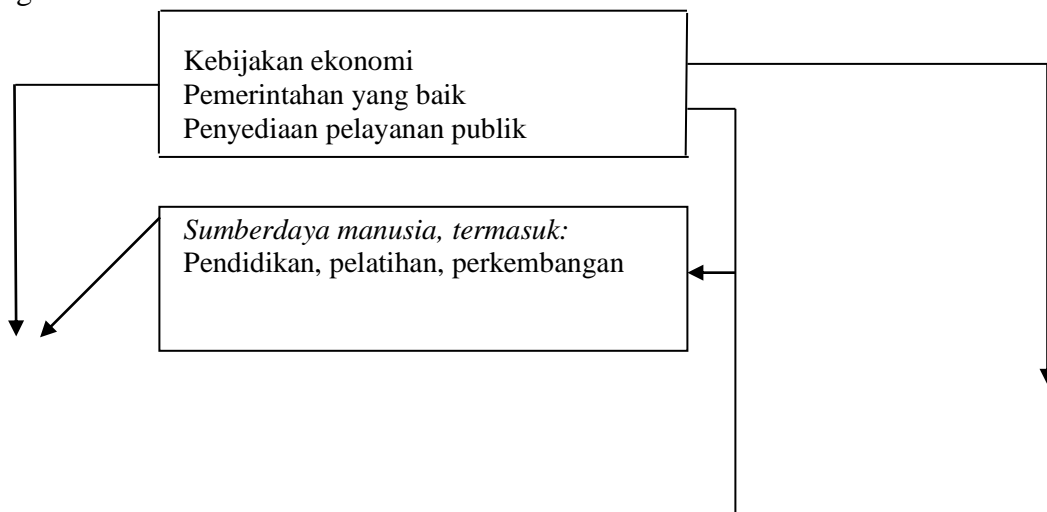
Pada tingkat makro, penduduk dengan tingkat kesehatan yang baik merupakan masukan (*input*) penting untuk menurunkan kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, dan pembangunan ekonomi jangka panjang. Beberapa pengalaman sejarah besar membuktikan berhasilnya tinggal landas ekonomi seperti pertumbuhan ekonomi yang 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.

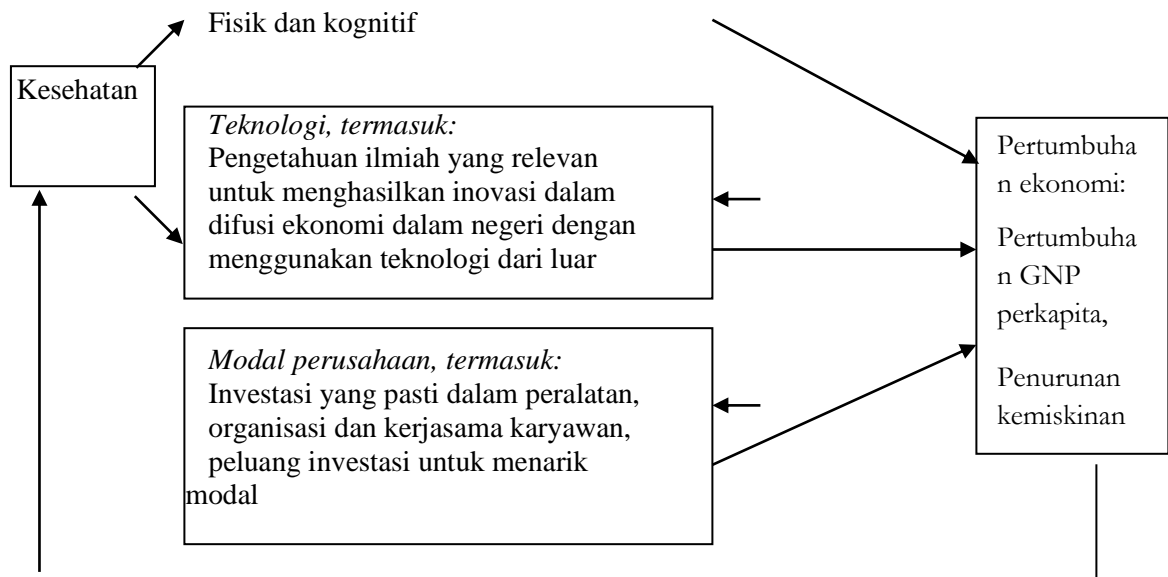
Informasi yang paling mengagumkan adalah penelusuran sejarah yang dilakukan oleh Prof. Robert Fogel, yang menyatakan bahwa peningkatan ketersediaan jumlah kalori untuk bekerja, selama 200 tahun yang lalu mempunyai kontribusi terhadap pertumbuhan pendapatan per kapita seperti terjadi di Perancis dan Inggris. Melalui peningkatan produktivitas tenaga kerja dan pemberian kalori yang cukup, Fogel memperkirakan bahwa perbaikan gizi memberikan kontribusi sebanyak 30% terhadap pertumbuhan pendapatan per kapita di Inggris.

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Arum Atmawikarta menjelaskan bahwa dalam makroekonomi terdapat bukti-bukti bahwa negara-negara dengan kondisi kesehatan dan pendidikan yang rendah, menghadapi tantangan yang lebih berat untuk mencapai pertumbuhan berkelanjutan jika dibandingkan dengan negara yang lebih baik keadaan kesehatan dan pendidikannya.

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. Keluarga yang usia harapan hidupnya lebih panjang, cenderung untuk menginvestasikan pendapatannya di bidang pendidikan dan menabung. Dengan demikian, tabungan nasional dan investasi akan meningkat, dan pada gilirannya akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi.

Peranan kesehatan diantara berbagai faktor pertumbuhan ekonomi dapat digambarkan dalam gambar 2.1 dibawah ini. Dalam gambar tersebut dapat dilihat, pembangunan ekonomi disatu pihak, merupakan fungsi dari kebijakan dan institusi (kebijakan ekonomi, pemerintahan yang baik, dan penyediaan pelayanan publik), dan faktor masukan (sumber daya manusia, teknologi, dan modal perusahaan) dilain pihak. Kesehatan mempunyai peranan ekonomi yang sangat kuat terhadap sumber daya manusia dan modal perusahaan melalui berbagai mekanisme seperti digambarkan.





Gambar 2.1 Kesehatan Sebagai Masukan Untuk Pembangunan Ekonomi

Kesehatan yang buruk akan memberikan pengaruh buruk terhadap pertumbuhan ekonomi. Hal ini antara lain terjadi di sub-Sahara Afrika dan Asia Selatan. Beban berat yang diakibatkan oleh penyakit dan pengaruh gandanya terhadap produktivitas, kependudukan, dan pendidikan mempunyai peranan dalam kinerja ekonomi yang buruk dan kronis di negara-negara Afrika. Studi terbaru yang dilakukan oleh Bloom dan Sachs, menemukan bahwa lebih dari setengahnya dari keterbelakangan pertumbuhan di negara-negara Afrika jika dibandingkan dengan dengan negara-negara di Asia Timur, secara statistik dapat diterangkan oleh beban berat akibat penyakit, kependudukan, dan geografis jika dibandingkan dengan variabel-variabel tradisional dari ekonomimakro dan politik pemerintahan. Sebagai contoh, tingginya angka prevalensi penyakit malaria menunjukkan hubungan yang

erat dengan penurunan pertumbuhan ekonomi sebesar satu persen atau lebih setiap tahunnya.

2.1.3.2. Status Kesehatan Penduduk

Status kesehatan penduduk biasanya dinilai dengan menggunakan berbagai indikator yang secara garis besar dibagi dalam dua kelompok. Kelompok pertama, berisikan indikator yang menghitung jumlah kematian yang terjadi selama periode tertentu. Contohnya adalah angka kematian kasar (*Crude Death Rate-CDR*) dan angka kematian bayi (*Infant Mortality Rate-IMR*). Kelompok penduduk yang mempunyai angka CDR dan IMR yang rendah dikatakan mempunyai status kesehatan yang lebih baik jika dibandingkan dengan kelompok penduduk yang angka CDR dan IMR nya tinggi.

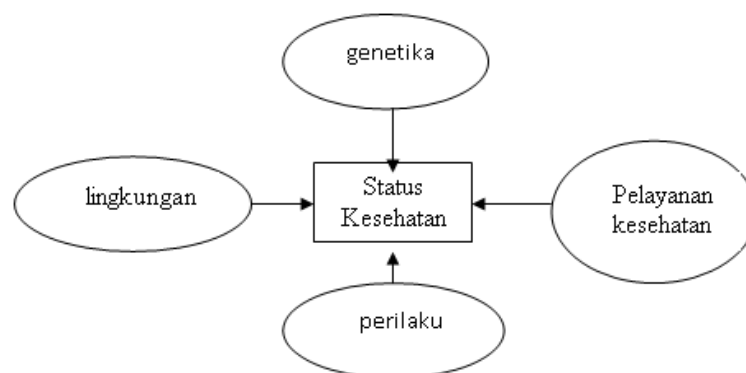
Kelompok kedua, berisikan berbagai indikator yang memperlihatkan jumlah orang yang menderita kecacatan akibat penyakit tertentu. Contohnya adalah jumlah penderita AIDS, Tuberkulosis (TB), Polio, dan sakit mental. Sama dengan kelompok pertama, kelompok penduduk yang mempunyai jumlah penderita AIDS atau TB lebih sedikit dikatakan lebih sehat jika dibandingkan dengan kelompok penduduk yang jumlah penderita penyakit tersebut lebih banyak.

Kedua kelompok indikator tersebut sayangnya tidak menjelaskan kepada kita kapan kematian atau kecacatan terjadi, bagaimana tingkat parahnya penyakit, dan berapa lama mereka menderita. Masyarakat mempunyai nilai atau persepsi yang berbeda tentang hal-hal tersebut.

Untuk mengatasi hal tersebut, pada tahun 1993 kedua kelompok indikator tersebut digabungkan ke dalam satu indikator yang disebut *DALY (Disability Adjusted Life Years)* untuk mengukur dengan lebih baik status kesehatan penduduk. DALY menggambarkan jumlah tahun untuk hidup sehat yang hilang sebagai akibat dari kematian dan kecacatan. Satu DALY didefinisikan sebagai satu tahun yang hilang untuk hidup sehat akibat dari kematian dan kecacatan. Penggunaan DALY dapat digunakan untuk membandingkan kesehatan penduduk dari waktu ke waktu atau membandingkan antara satu kelompok penduduk dengan kelompok penduduk lain dengan lebih mudah dan sederhana. Kesimpulannya, DALY mengukur beban yang ditimbulkan oleh penyakit yang diakibatkan oleh kematian dan atau kecacatan yang harus ditanggung oleh masyarakat. Penggunaan indikator DALY dapat dianalogikan dengan penggunaan indikator *HDI (Human Development Index)* yang dikembangkan oleh UNDP yang merupakan indikator komposit dari kesehatan, pendidikan dan tingkat pendapatan.

Komisi Makroekonomi dan Kesehatan dalam penyusunan laporannya menggunakan DALY dan analisis manfaat biaya. Dalam laporan tersebut satu DALY dinilai sebesar rata-rata pendapatan perkapita dalam setahun.

Sedangkan Blum (1974) menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat adalah:



Gambar 2.2. Faktor Meningkatkan Status Kesehatan Masyarakat

2.1.3.3. Indikator Kesehatan

Indikator kesehatan dalam Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yaitu Umur Harapan Hidup (UHH) yang digunakan untuk mengukur pembangunan kesehatan sampai dengan tingkat kabupaten/kota. Umur Harapan Hidup (UHH) adalah perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dari sejak dilahirkan, dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas menurut umur. Namun Umur Harapan Hidup (UHH) dirasa kurang tepat untuk menjadi indikator kesehatan. Karna diharapkan pembangunan manusia dari sektor kesehatan, selain mengupayakan agar penduduk dapat mencapai “usia hidup” yang panjang tetapi juga sehat berkualitas dan tidak bergantung pada orang lain. Selain itu, belum ada arah intervensi yang jelas khususnya di bidang kesehatan untuk meningkatkan UHH, sehingga diperlukan penjabaran yang lebih rinci dari indikator kesehatan yang terkait dengan Umur Harapan Hidup (UHH). Sehingga Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan RI menyusun Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). IPKM adalah kumpulan indikator kesehatan yang dapat dengan mudah dan langsung diukur untuk menggambarkan masalah kesehatan. Serangkaian indikator kesehatan ini secara langsung maupun tidak langsung dapat berperan meningkatkan umur harapan hidup yang panjang dan sehat.

Jumlah indikator yang digunakan pada IPKM 2013 sejumlah 30 indikator, yang bias dikelompokkan menjadi 7 kelompok indikator. Setiap kelompok indikator (sub indeks) tersebut terdiri dari beberapa indikator, antara dua hingga enam indikator penyusunnya. IPKM 2018 menggunakan jenis dan jumlah indikator yang sama dengan IPKM 2013, hanya definisi operasional dari indikator tersebut yang menyesuaikan dengan perubahan definisi yang digunakan oleh pelaksana program kesehatan. Tujuh (7) sub indeks dalam IPKM 2018 yang informasinya diperoleh dari data hasil Riskesdas 2018, Susenas 2018 terintegrasi Riskesdas 2018, dan Podes 2018, yakni:

I. Sub indeks kesehatan balita, terdiri dari 6 indikator, yaitu :

1. Balita gizi buruk dan kurang

Proporsi balita dengan perbandingan berat badan dan umur. Kriteria balita gizi buruk dan kurang jika mempunyai *Z score* kurang dari -2 SD.

2. Balita sangat pendek dan pendek (stunting)

Proporsi balita dengan perbandingan tinggi badan dan umur. Kriteria balita sangat pendek dan pendek jika mempunyai nilai *Z score* kurang dari -2 SD.

3. Balita gemuk

Proporsi perbandingan berat badan dan tinggi badan. Kriteria balita disebut gemuk jika mempunyai nilai *Z score* diatas 2 SD.

4. Penimbangan balita

Proporsi balita yang pernah ditimbang dalam 12 bulan terakhir. Kriteria bagus jika balita mendapatkan penimbangan minimal 8 kali dalam 12 bulan terakhir.

5. Kunjungan Neonatal (KN) 1

Proporsi balita yang pernah mendapat pelayanan kesehatan (dikunjungi/mengunjungi tenaga kesehatan) pada 6-48 jam pertama setelah lahir.

6. Imunisasi lengkap

Proporsi anak umur 12-59 bulan yang mendapat imunisasi. Kriteria lengkap jika anak tersebut telah di imunisasi 1 kali BCG, 3 kali DPT-HB/DPT-HB-HiB, 4 kali Polio atau 3 kali IPV dan 1 kali Campak.

II. Sub indeks kesehatan reproduksi, terdiri dari 3 indikator, yakni:

1. Penggunaan alat kontrasepsi

Proporsi pasangan usia subur umur 15-49 tahun yang menggunakan alat kontrasepsi dengan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). MKJP terdiri dari metode sterilisasi pria, sterilisasi wanita, IUD/AKDR/spiral, susuk/implant.

2. Pemeriksaan kehamilan (K4: 1-1-2)

Proporsi wanita usia subur (10-54 tahun) yang melakukan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan dengan frekuensi minimal 1 kali pada trimester pertama, minimal 1 kali di trimester kedua, dan minimal 2 kali pada trimester ketiga.

3. Kurang Energi Kronis (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS)

Proporsi wanita usia subur umur 15-49 tahun (hamil dan tidak hamil) yang diukur lingkar lengan atas saat *survey*. Kriteria Kurang Energi Kronis (KEK) jika lingkar lengan atas menunjukkan kurang dari 23,5 centimeter.

III. Sub indeks pelayanan kesehatan, terdiri dari 5 indikator, sebagai berikut :

1. Persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan

Proporsi balita yang proses kelahirannya dibantu oleh tenaga kesehatan dan dilaksanakan di fasilitas kesehatan. Tenaga kesehatan yang dimaksud adalah dokter kandungan, dokter umum, dan bidan. Fasilitas kesehatan yang dimaksud adalah RS pemerintah, RS swasta, Rumah Bersalin (RB), Klinik, Praktek Nakes, Puskesmas, dan Puskesmas Pembantu (Pustu).¹⁷

2. Proporsi kecamatan dengan kecukupan jumlah dokter per penduduk

Proporsi jumlah kecamatan dalam 1 kabupaten/kota yang memiliki kecukupan dokter per jumlah penduduk kecamatan. Rasio dokter disebut cukup jika dalam 1 kecamatan memiliki minimal 1 dokter per 2.500 penduduk.

3. Proporsi desa dengan kecukupan jumlah posyandu per desa

Proporsi jumlah desa dalam 1 kabupaten/kota yang memiliki kecukupan posyandu. Rasio posyandu disebut cukup jika dalam 1 desa memiliki jumlah posyandu minimal 4 posyandu.

4. Proporsi desa dengan kecukupan jumlah bidan per penduduk

Proporsi jumlah desa dalam 1 kabupaten/kota yang memiliki kecukupan jumlah bidan per jumlah penduduk desa. Rasio jumlah bidan disebut cukup jika dalam 1 desa memiliki minimal 1 bidan per 1.000 penduduk.

5. Kepemilikan jaminan pelayanan kesehatan

Proporsi penduduk semua umur yang memiliki minimal satu jenis jaminan pelayanan kesehatan. Jenis jaminan kesehatan yang dimaksud yakni BPJS kesehatan PBI, BPJS kesehatan Non PBI, Asuransi kesehatan swasta, Tunjangan kesehatan perusahaan, Jamkesda.

IV. Sub indeks perilaku kesehatan, terdiri dari 5 indikator pembentuknya, yaitu:

1. Kebiasaan merokok

Proporsi penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok. Kriteria memiliki kebiasaan jika merokok dalam satu bulan terakhir dilakukan setiap hari atau kadang-kadang.

2. Kebiasaan cuci tangan

Proporsi penduduk umur 10 tahun ke atas yang mempunyai kebiasaan cuci tangan yang baik, yaitu mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir pada saat sebelum menyiapkan makanan dan setiap kali tangan kotor (memegang uang, binatang, berkebun) dan setelah buang air besar dan setelah menceboki bayi, serta setelah menggunakan pestisida/insektisida dan sebelum menyusui bayi.

3. Buang Air Besar (BAB) di jamban

Proporsi penduduk umur 3 tahun ke atas yang melakukan Buang Air Besar (BAB) dengan benar yaitu jika mempunyai kebiasaan BAB di jamban.²²

4. Aktivitas fisik

Proporsi penduduk umur 10 tahun ke atas yang melakukan aktivitas fisik cukup, jika individu melakukan aktivitas fisik berat atau sedang atau keduanya dalam seminggu berdasarkan kriteria WHO GPAQ (*Global Physical Activity Questionnaire*). Aktivitas fisik berat yakni aktivitas yang dilakukan secara terus menerus minimal 10 menit selama minimal tiga hari dalam seminggu dengan total waktu beraktivitas ≥ 1500 MET *minute*. MET *minute* aktivitas fisik berat adalah lamanya waktu (menit) melakukan aktivitas dalam satu minggu dikalikan bobot sebesar 8 kalori. Aktivitas fisik sedang apabila melakukan aktivitas fisik sedang (menyapu, mengepel, dll) minimal lima hari dengan total lamanya beraktivitas 150 menit dalam 1 minggu.

5. Menggosok Gigi

Proporsi penduduk umur 3 tahun ke atas yang biasa menggosok gigi. Kebiasaan menggosok gigi dengan benar jika dilakukan sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

V. Sub indeks Penyakit Tidak Menular (PTM) dan faktor risikonya, mencakup enam indikator pembentuknya, sebagai berikut:

1. Hipertensi

Proporsi penduduk umur 15 tahun ke atas yang diukur sistol dan diastolnya. Kriteria hipertensi jika tekanan darah sistol lebih besar atau sama dengan 140 mmHg atau tekanan darah diastol lebih besar atau sama dengan 90 mmHg.

2. Cedera

Proporsi penduduk semua umur yang pernah mengalami cedera dalam 12 bulan terakhir sehingga kegiatan sehari-hari terganggu.

3. Diabetes Mellitus (DM)

Proporsi penduduk umur 15 tahun ke atas yang pernah di diagnosis menderita kencing manis oleh dokter.

4. Gangguan Mental Emosional (Kesehatan Jiwa)

Proporsi penduduk umur 15 tahun ke atas yang pernah mengalami gangguan mental emosional. Kriteria memiliki gangguan mental emosional jika mempunyai skor SRQ-20 minimal 6.

5. Obesitas sentral

Proporsi penduduk umur 15 tahun ke atas yang diukur lingkar perutnya (tidak termasuk perempuan hamil). Batasan obesitas sentral yang dipergunakan yakni lingkar perut lebih dari 80 *centimeter* pada perempuan, lingkar perut lebih dari 90 *centimeter* pada laki-laki.

6. Kesehatan gigi dan mulut

Proporsi penduduk umur ≥ 3 tahun yang mempunyai masalah dengan gigi dan/atau mulut dalam 12 bulan terakhir.

VI. Sub indeks Penyakit Menular (PM), terdiri dari tiga indikator, yakni:

1. Pneumonia

Proporsi penduduk semua umur yang telah didiagnosis pneumonia oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) dalam 1 bulan terakhir.³⁰

2. Diare balita

Proporsi balita yang telah di diagnosis diare oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) dalam 1 bulan terakhir.

3. Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) balita

Proporsi balita yang telah di diagnosis menderita sakit ISPA oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau mengalami gejala ISPA dalam 1 bulan terakhir.

VII. Sub indeks kesehatan lingkungan, terdiri dari dua indikator yakni sebagai berikut:

1. Akses sanitasi

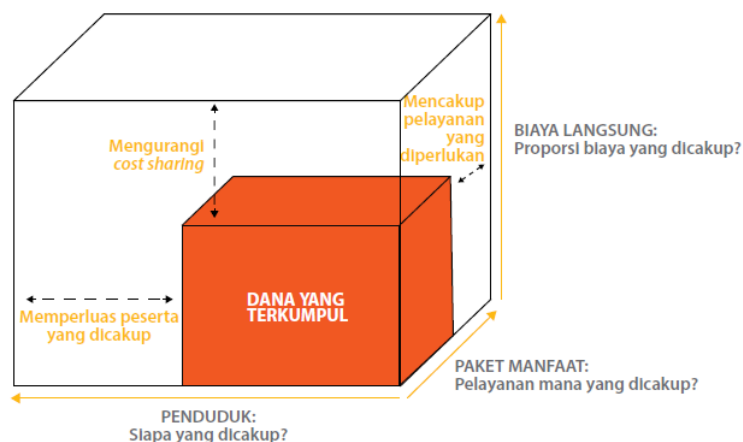
Proporsi rumah tangga dengan akses sanitasi diukur berdasarkan kepemilikan dan jenis fasilitas buang air besar. Kriteria akses sanitasi baik jika rumah tangga menggunakan fasilitas tempat buang air besar milik sendiri dan jenis kloset leher angsa.

2. Akses air bersih

Proporsi rumah tangga dengan akses air bersih diukur berdasarkan penggunaan air bersih per kapita dalam rumah tangga. Akses air bersih baik jika rumah tangga minimal menggunakan 20 liter per orang per hari dan sumber air berasal dari air kemasan, air isi ulang, air ledeng/PDAM atau air ledeng eceran/membeli atau sumur bor/pompa atau sumur gali terlindung atau mata air terlindung.

2.1.4. *Universal Health Coverage (UHC)*

Universal coverage dapat diartikan sebagai cakupan menyeluruh. Istilah *universal coverage* berasal dari WHO (*World Health Organisation*), lebih tepatnya *universal health coverage* (Mundiharno, 2012:209). Cakupan kesehatan universal (*universal health coverage*) bertujuan untuk memastikan bahwa semua orang mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa kesulitan untuk memikirkan bagaimana cara membayarnya. Cakupan kesehatan universal dibangun oleh tiga dimensi yakni dimensi cakupan peserta, dimensi akses memperoleh pelayanan dan dimensi jangkauan keuangan atau proporsi biaya yang dikeluarkan. Hal ini sesuai dengan kerangka konsep yang disebutkan oleh *World Health Organization* (WHO) bahwa” *The WHO’s conceptual framework suggests three broad dimensions of UHC: population coverage, service coverage, and financial coverage*”.



Gambar 2.3. Dimensi Universal Health Coverage

Gambar di atas dapat dijelaskan bahwa *universal health coverage* merupakan sebuah konsep reformasi pelayanan kesehatan yang mencakup beberapa aspek antara

lain 1) Aksesibilitas dan equitas pelayanan kesehatan, 2) Pelayanan kesehatan yang berkualitas dan komprehensif yang meliputi pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai rehabilitatif dan 3) Mengurangi keterbatasan finansial dalam mendapatkan pelayanan kesehatan bagi setiap penduduk (Wilbulpolprasert, 2013). *World Health Organization* (WHO) menambahkan bahwa tiga dimensi dalam pencapaian *universal health coverage* yang digambarkan melalui kubus/ gambar di atas. Ketiga dimensi *universal health coverage* dapat diterjemahkan sebagai berikut yaitu 1) seberapa besar persentase penduduk yang dijamin, maksudnya yaitu jumlah penduduk yang dijamin; 2) seberapa lengkap pelayanan yang dijamin maksudnya layanan kesehatan yang dijamin apakah hanya layanan di rumah sakit atau termasuk juga layanan rawat jalan; 3) seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk maksudnya semakin banyak dana yang disediakan, maka semakin banyak pula penduduk yang terlayani, sehingga semakin komprehensif paket pelayanannya serta semakin kecil proporsi biaya yang harus ditanggung oleh penduduk.

Mundiharno (2012:209) menjelaskan lebih jauh lagi mengenai tiga dimensi *universal health coverage* yakni bahwa “Pertama, dimensi cakupan kepesertaan. Dari dimensi ini *universal coverage* dapat diartikan sebagai “kepesertaan menyeluruh”, dalam arti semua penduduk dicakup menjadi peserta jaminan kesehatan. Dengan menjadi peserta jaminan kesehatan diharapkan mereka memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan. Namun tidak semua penduduk yang telah menjadi peserta jaminan kesehatan dapat serta merta mengakses pelayanan kesehatan. Jika di daerah

tempat penduduk tinggal tidak ada fasilitas kesehatan, penduduk akan tetap sulit menjangkau pelayanan kesehatan.

Oleh karena itu dimensi kedua dari *universal health coverage* adalah akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Secara implisit pengertian ini mengandung implikasi perlu tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Ketiga, *universal coverage* juga berarti bahwa proporsi biaya yang dikeluarkan secara langsung oleh masyarakat (*out of pocket payment*) makin kecil sehingga tidak mengganggu keuangan peserta (*financial catastrophic*) yang menyebabkan peserta menjadi miskin”.

2.1.5. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS)

2.1.5.1. Pengertian Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan merupakan Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa.

BPJS Kesehatan merupakan penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan yang merupakan salah satu dari lima program dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari

Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

BPJS Kesehatan juga menjalankan fungsi pemerintahan (*governing function*) di bidang pelayanan umum (*public services*) yang sebelumnya sebagian dijalankan oleh badan usaha milik negara dan sebagian lainnya oleh lembaga pemerintahan. Gabungan antara kedua fungsi badan usaha dan fungsi pemerintahan itulah, yang dewasa ini, tercermin dalam status BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik yang menjalankan fungsi pelayanan umum di bidang penyelenggaraan jaminan sosial nasional.

BPJS Kesehatan juga dibentuk dengan modal awal dibiayai dari APBN dan selanjutnya memiliki kekayaan tersendiri yang meliputi aset BPJS Kesehatan dan aset dana jaminan sosial dari sumber-sumber sebagaimana ditentukan dalam undang-undang. Kewenangan BPJS Kesehatan meliputi seluruh wilayah Republik Indonesia dan dapat mewakili Indonesia atas nama negara dalam hubungan dengan badan-badan Internasional. Kewenangan ini merupakan karakteristik tersendiri yang berbeda dengan badan hukum maupun lembaga negara lainnya. Maka dari itu, BPJS Kesehatan merupakan salah satu bentuk Badan Hukum Milik Negara (BHMN), sehingga pelaksanaan tugasnya dipertanggungjawabkan kepada Presiden sebagai kepala pemerintahan negara.

2.1.5.2. Sejarah Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS)

Jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia sebenarnya sudah ada sejak zaman kolonial Belanda. Dan setelah kemerdekaan, pada tahun 1949, setelah pengakuan kedaulatan oleh Pemerintah Belanda, upaya untuk menjamin kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya pegawai negeri sipil beserta keluarga, tetap dilanjutkan. Prof. G.A. Siwabessy, selaku Menteri Kesehatan yang menjabat pada saat itu, mengajukan sebuah gagasan untuk perlu segera menyelenggarakan program asuransi kesehatan semesta (*universal health insurance*) yang saat itu mulai diterapkan di banyak negara maju dan tengah berkembang pesat.

Pada saat itu kepesertaannya baru mencakup pegawai negeri sipil beserta anggota keluarganya saja. Namun Siwabessy yakin suatu hari nanti, klimaks dari pembangunan derajat kesehatan masyarakat Indonesia akan tercapai melalui suatu sistem yang dapat menjamin kesehatan seluruh warga bangsa ini.

Pada 1968, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968 dengan membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negara dan penerima pensiun beserta keluarganya.

Selang beberapa waktu kemudian, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 dan 23 Tahun 1984. BPDPK pun berubah status dari sebuah badan di lingkungan Departemen Kesehatan menjadi BUMN, yaitu Perum Husada Bhakti (PHB), yang melayani jaminan kesehatan bagi PNS, pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan, dan anggota keluarganya.

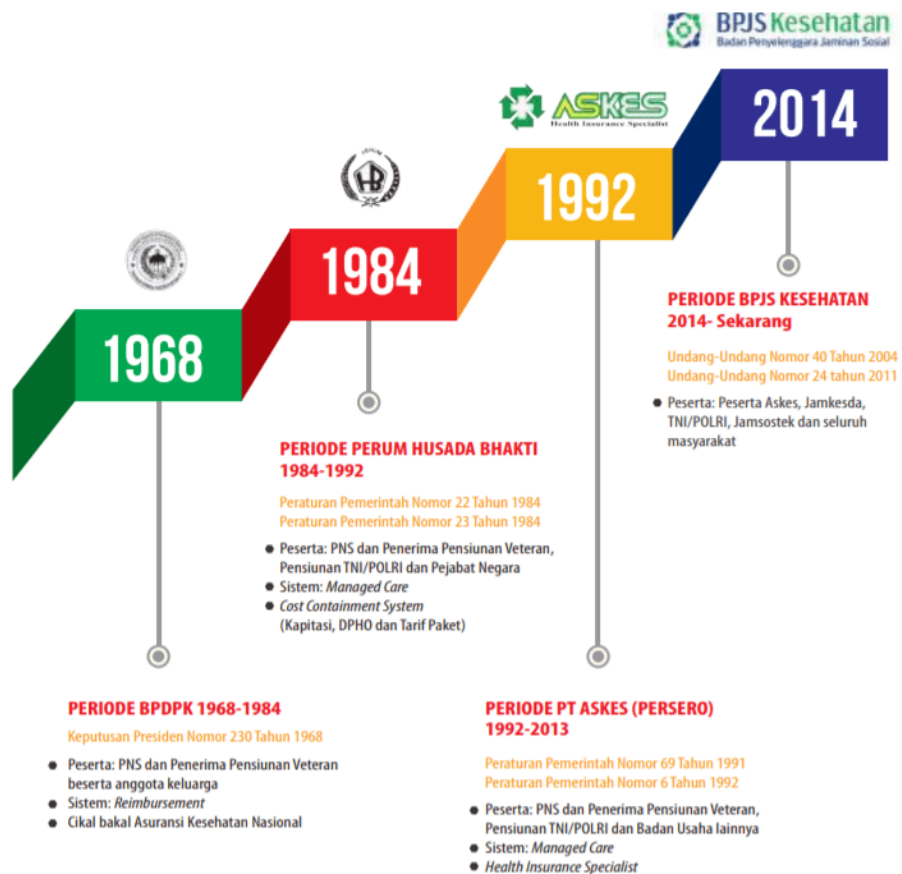
Pada tahun 1992, PHB berubah status menjadi PT Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992. PT Askes (Persero) mulai menjangkau karyawan BUMN melalui program Askes Komersial.

Pada Januari 2005, PT Askes (Persero) dipercaya pemerintah untuk melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM) yang selanjutnya dikenal menjadi program Askeskin dengan sasaran peserta masyarakat miskin dan tidak mampu sebanyak 60 juta jiwa yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat.

PT Askes (Persero) juga menciptakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU), yang ditujukan bagi masyarakat yang belum tercover oleh Jamkesmas, Askes Sosial, maupun asuransi swasta. Hingga saat itu, ada lebih dari 200 kabupaten/kota atau 6,4 juta jiwa yang telah menjadi peserta PJKMU. PJKMU adalah Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang pengelolaannya diserahkan kepada PT Askes (Persero).

Langkah menuju cakupan kesehatan semesta pun semakin nyata dengan resmi beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014, sebagai transformasi dari PT Askes (Persero). Hal ini berawal pada tahun 2004 saat pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan kemudian pada tahun 2011 pemerintah menetapkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) serta menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT Askes (Persero) pun berubah menjadi BPJS Kesehatan.

Melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, negara hadir ditengah kita untuk



memastikan seluruh penduduk Indonesia terlindungi oleh jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata.

Gambar 2.4. Transformasi Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

2.1.6. Pendapatan Perkapita

2.1.6.1. Definisi Pendapatan Perkapita

Pendapatan per kapita atau Produk Domestik Bruto (PDB) per kapita merupakan total nilai produksi di wilayah tertentu dalam kurun waktu tertentu (BPS, 2018). Pendapatan perkapita merupakan sebuah tolak ukur untuk melihat kesejahteraan dan pembangunan di sebuah negara. Sering disebut juga sebagai pendapatan rata-rata penduduk di suatu negara. Daerah yang memiliki nilai pendapatan yang tinggi belum tentu lebih sejahtera dibandingkan dengan daerah yang berpendapatan rendah dikarenakan jumlah penduduk menentukan tingkat kesejahteraan dari daerah tersebut. Maka dari itu, meski suatu daerah memiliki pendapatan yang tinggi namun jumlah penduduknya sangat banyak maka belum tentu daerah tersebut tergolong sebagai kelompok daerah sejahtera (Handayani,2016). Pendapatan perkapita ini juga merefleksikan Produk Domestik Bruto (PDB) per kapita. Oleh karena itu, baik pendapatan nasional maupun perkapita keduanya memiliki keterikatan yang kuat.

Produk Domestik Bruto (PDB) juga bisa di jadikan salah satu alat untuk mencari pendapatan nasional Di mana dalam bidang ekonomi PDB ini merupakan nilai pasar semua barang dan jasa yang diproduksi oleh suatu negara pada periode tertentu. Untuk itulah, PDB juga memiliki hubungan yang berkaitan erat dengan pendapatan perkapita. Sehingga pendapatan per kapita di suatu daerah akan memberikan gambaran mengenai kesejahteraan masyarakat di berbagai negara dan juga dapat menggambarkan perubahan corak perbedaan tingkat kesejahteraan masyarakat yang sudah terjadi di antara berbagai negara (Wyshak, 2014).

Pendapatan perkapita yaitu pendapatan rata-rata penduduk suatu daerah sedangkan pendapatan nasional merupakan nilai produksi barang-barang dan jasa-jasa yang diciptakan dalam suatu perekonomian didalam satu tahun. Produk Domestik Bruto (PDB) merupakan ukuran yang sifatnya global dan merupakan alat ukur pertumbuhan ekonomi yang kurang tepat, karena belum dapat mencerminkan kesejahteraan penduduk yang sesungguhnya, padahal sesungguhnya kesejahteraan harus dinikmati oleh setiap penduduk di Negara atau daerah yang bersangkutan (Suhartha, 2017).

2.1.6.2. Perhitungan Pendapatan Perkapita

Pendapatan perkapita merupakan cara untuk mengukur tingkat dan penambahan kemakmuran penduduk dalam suatu Negara. Untuk menghitungnya terdapat dua cara yang dapat digunakan untuk menghitung pendapatan per kapita, yaitu:

1. Pendapatan perkapita nominal

Pendapatan perkapita nominal dihitung berdasarkan harga yang sedang berlaku sekarang. Cara penghitungan ini tidak mempertimbangkan tingkat inflasi maupun kenaikan harga.

$$\text{Pendapatan Perkapita} = \frac{\text{Pendapatan Nasional Bruto (PNB) Berlaku}}{\text{Jumlah Penduduk}}$$

2. Pendapatan perkapita riil

Pendapatan perkapita riil dihitung dengan mempertimbangkan tingkat inflasi. Sehingga cara menghitungnya menggunakan PNB yang konstan.

$$\text{Pendapatan Perkapita} = \frac{\text{Pendapatan Nasional Bruto (PNB) Konstan}}{\text{Jumlah Penduduk}}$$

Secara sederhana, pendapatan perkapita bisa diperoleh dengan cara membagi pendapatan nasional dengan jumlah penduduk di suatu negara. Pendapatan nasional yang dimaksud adalah Produk Nasional Bruto (PNB). Produk Nasional Bruto (PNB) berbeda dengan Produk Domestik Bruto (PDB), karena Produk Nasional Bruto (PNB) memasukkan pendapatan faktor produksi dari luar negeri.

Sedangkan Produk Domestik Bruto (PDB) menghitung total produksi tanpa menghitung apakah produksi tersebut dilakukan dengan memakai faktor produksi

dalam negeri atau tidak. PNB merupakan nilai produk berupa barang dan jasa yang dihasilkan oleh penduduk selama kurun waktu satu tahun.

2.1.7. Efektivitas

2.1.7.1. Definisi Efektivitas

Ada berbagai definisi tentang efektivitas. Sondang P. Siagian (2001)) mendefinisikan efektivitas sebagai keberhasilan penerapan sasaran yang telah ditetapkan. Ini artinya jika hasil kegiatan semakin mendekati sasaran, berarti makin tinggi efektivitasnya. Sedangkan Miller (2005) mengemukakan bahwa efektivitas dimaksud sebagai tingkat seberapa jauh suatu sistem sosial mencapai tujuannya. Efektivitas ini harus dibedakan dengan efisiensi. Efisiensi terutama mengandung pengertian perbandingan antara biaya dan hasil, sedangkan efektivitas secara langsung dihubungkan dengan pencapaian suatu tujuan.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa efektivitas merupakan kemampuan atau batasan organisasi dalam mencapai tujuan-tujuan atau sasaran organisasi. Untuk mengetahui efektivitas organisasi dalam melakukan tugas dan mencapai tujuan dapat diketahui melalui beberapa model atau pendekatan efektivitas organisasi, diantaranya yaitu :

1. Model Tujuan (*Goal Model*)

Menurut model ini, suatu organisasi diciptakan dan dirancang secara sengaja untuk mencapai satu atau lebih tujuan yang ditentukan. Model tujuan

pada dasarnya menyatakan bahwa efektivitas organisasi harus dinilai dalam bentuk pencapaian hasil akhir bukan cara atau prosesnya. Kegunaan dari model ini terbatas pada organisasi yang memiliki target atau tujuan jelas yang dapat diukur dan diperkirakan waktunya. Relatif sulit untuk diterapkan pada organisasi yang berkemungkinan memiliki tujuan ganda dan berbagai pihak yang berbeda mempunyai preferensi yang berbeda mengenai fungsi-fungsi tujuan tersebut.

2. Model Sumber Daya Sistem

Model ini menekankan pandangan tentang organisasi sebagai struktur sosial yang dapat diidentifikasi dan saling ketergantungan antara organisasi dan lingkungannya. Organisasi dinilai efektif apabila sumber daya berharga dan langka dipertukarkan dalam kondisi persaingan. Model sumber daya sistem menekankan akuisisi sumber daya yang dibutuhkan sebagai kriteria penilaian efektivitas. Model ini cocok apabila ada hubungan yang jelas antara akuisisi sumber daya dan keluaran organisasional.

3. *Multiple Constituency Model*

Mengembangkan kriteria penilaian efektivitas organisasi atas dasar berbagai preferensi *stakeholders* yang berbeda terhadap kinerja organisasi. *The Competing Values Model*. Asumsi model ini adalah bahwa individu-individu menilai efektivitas organisasional dengan membuat *trade offs* antar tiga dimensi yaitu fokus organisasional (tugas-orang), struktur organisasional

(kendali-fleksibilitas) dan hubungan prasarana dan hasil akhir organisasional (proses-keluaran).

4. Model Proses Internal

Model ini mendasarkan diri pada kepercayaan bahwa para individu harus mempunyai kesempatan untuk mengaktualisasi diri, mempertahankan integritas dan keunikan mereka dalam tatanan organisasional. Organisasi hendaknya memberikan keleluasaan kepada individu untuk menentukan tujuan-tujuan mereka dalam kaitannya dengan pencapaian tujuan-tujuan tersebut.

5. Model Legitimasi

Kelangsungan hidup organisasi bukan tujuan utama, organisasi berupaya mendapatkan legitimasi dari publik eksternal untuk memperpanjang kelangsungan hidupnya dan menghindari sebagai korban seleksi lingkungan. Model legitimasi cocok untuk analisis efektivitas di tingkat makro, yaitu dalam penentuan organisasi mana yang selamat, menurun atau mati.

7. Model Ketidakefektifan

Memusatkan pada faktor-faktor yang menghambat suksesnya kinerja organisasi, bukan faktor-faktor yang menyumbang keberhasilan. Efektivitas dipandang sebagai suatu kontinum berkisar dari efektif sampai tingkat efektivitas tinggi organisasi dinilai efektif apabila bebas dari berbagai karakteristik ketidakefektifan. Model ini cocok digunakan jika kriteria efektivitas tidak dapat diidentifikasi atau tidak dapat disetujui bersama, dan

bila kebutuhan untuk mengembangkan secara sistemik strategi-strategi pengembangan organisasi. Dari penjelasan tentang model efektivitas organisasional, maka untuk mengetahui perbedaan efektivitas penerapan program Jamkesmas dan Jamkesda dengan JKN-BPJS bagi masyarakat miskin Kota Padang, dapat digunakan model efektivitas tujuan (*Goals model*). Model efektivitas tujuan ini melihat bagaimana organisasi mencapai tujuan-tujuannya. Terkait dengan penerapan program JKN-BPJS Kota Padang, dapat dianalisis dari aspek pencapaian tujuan-tujuan. Dalam model tujuan ini terdapat beberapa indikator untuk melihat pelaksanaannya, yaitu tujuan yang jelas; hasil akhir; periode waktu.

2. 2. Penelitian Terdahulu

Untuk memperkaya perspektif penelitian ini, maka selain dari kajian teori yang telah dijelaskan, dilakukan juga review terdahulu beberapa penelitian sebelumnya

Tabel 2.1. Penelitian Terdahulu

No.	Nama	Judul	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian
1.	1. Ida Ayu Candrika Dewi 2. Made Kembar Sri Budhi 3. A.A.I.N Marhaeni	Efektivitas Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) di Kecamatan Gianyar Kabupaten Gianyar	Mengetahui tingkat efektivitas program, keberhasilan Program JKBM dalam meningkatkan derajat kesehatan, manfaat Program JKBM, dan hubungan karakteristik responden pengguna JKBM terhadap persepsi mengenai manfaat JKBM.	Program JKBM memiliki kategori tingkat efektivitas sangat tinggi. Sehingga masyarakat Kec. Gianyar Kab. Giayar terangkat derajat kesehatannya.
2.	1. I Wayan Sutrisna 2. Ni Made	Analisis Pengaruh Efektivitas Program Jaminan Bali Mandara	Untuk mengetahui tingkat efektivitas program JKBM serta	Tingkat efektivitas Program bantuan JKBM di Desa

	Tisnawati	(JKBM) di Desa Pemecutan Kaja Kecamatan Denpasar Utara Kota Denpasar	untuk mengetahui adanya perubahan pendapatan rumah tangga miskin sebelum dan sesudah menjadi peserta JKBM.	Pemecutan Kaja Kecamatan Denpasar Utara Kota Denpasar berjalan sangat efektif. Program tersebut juga dapat merubah pendapatan serta menekan biaya kesehatan peserta JKBM.
3.	Syamsurijal	Pengaruh Tingkat Kesehatan dan Pendidikan terhadap tingkat Pertumbuhan Pendapatan Perkapita di Sumatra Selatan	Mengetahui pengaruh tingkat kesehatan dan pendidikan masyarakat terhadap pertumbuhan pendapatan perkapita serta mengetahui apakah tingkat kesehatan masyarakat melalui tingkat pendidikan berpengaruh terhadap tingkat pertumbuhan pendapatan perkapita.	Perbaikan tingkat kesehatan secara langsung memberikan pengaruh buruk terhadap peningkatan pendapatan perkapita, tetapi secara tidak langsung (melalui perbaikan tingkat pendidikan) memberikan pengaruh positif, yaitu tingkat kesehatan berpengaruh positif terhadap tingkat pendidikan. Dan perbaikan tingkat kesehatan berpengaruh positif terhadap peningkatan pendapatan perkapita.
4.	Abdul Kadir Mahulauw Dwi Budi Santosa Putu Mahardika	Pengaruh Pengeluaran Kesehatan dan Pendidikan Serta Infrastruktur terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Maluku	Tujuan penelitian yaitu ingin melihat bagaimana pengaruh pengeluaran pemerintah di bidang pendidikan, kesehatan, dan infrastruktur terhadap peningkatan IPM Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku	Secara simultan pengeluaran pemerintah dalam bidang kesehatan, pendidikan serta infrastruktur berpengaruh positif terhadap Indeks Pembangunan Manusia (IPM)
5.	1. Andri Putra Kesmawan 2. Dyah Mutiarin	Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta	Tujuan penelitian ini untuk melihat implementasi kebijakan BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul dan faktor yang mempengaruhinya serta mengetahui perbedaan pengaruh kebijakan BPJS Kesehatan terhadap peserta PBI Jaminan Kesehatan dan peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan	Implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta dilaksanakan dengan sangat baik.

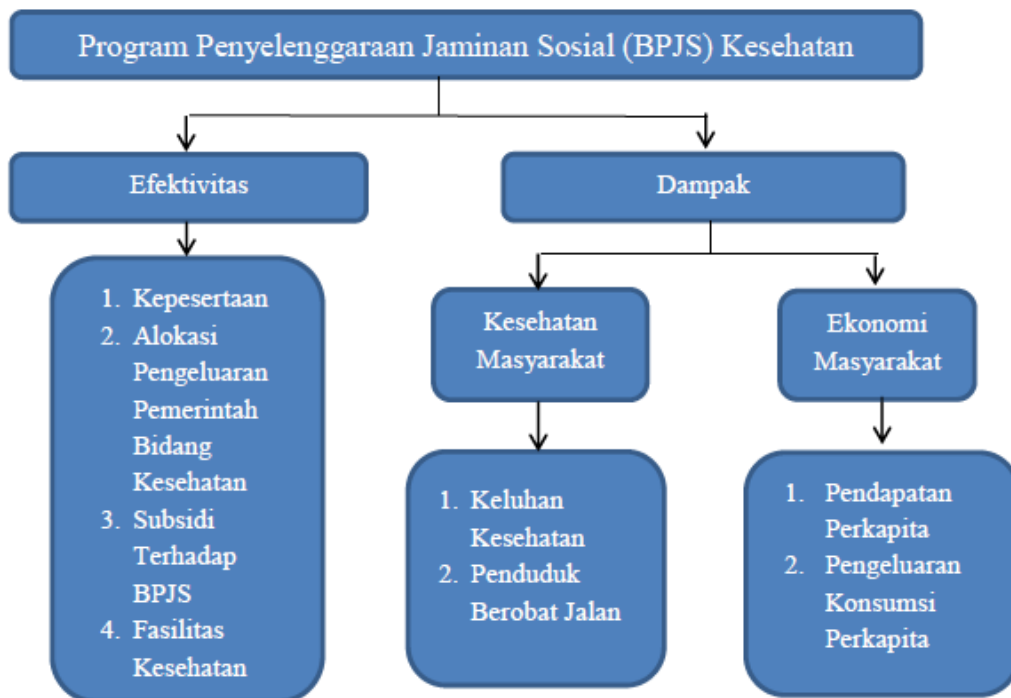
6.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Luh Dita Darmayanti 2. Surya Dewi Darmayanti 	Pengaruh Pendapatan Perkapita, Pengeluaran Pemerintah Bidang Pendidikan dan Kesehatan terhadap Angka Harapan Hidup Provinsi Bali	Untuk menganalisis pengaruh pendapatan per kapita, pengeluaran pemerintah bidang pendidikan, dan kesehatan secara simultan berpengaruh terhadap angka harapan hidup di Kabupaten/Kota Provinsi Bali periode 2011-2017 serta menganalisis pengaruh pendapatan perkapita, pengeluaran pemerintah bidang pendidikan, dan kesehatan secara parsial berpengaruh terhadap angka harapan hidup di Kabupaten/Kota Provinsi Bali periode 2011-2017.	Secara simultan pendapatan perkapita, pengeluaran pemerintah bidang pendidikan dan kesehatan berpengaruh terhadap angka harapan hidup di kabupaten/kota di provinsi Bali
----	--	--	--	--

2.3. Kerangka Pemikiran

Kesehatan menjadi faktor yang sangat penting dalam pembangunan dan pertumbuhan ekonomi sebuah negara. Tujuan dari pembangunan yang berkelanjutan tidak akan dapat dicapai apabila terdapat prevalensi penyakit yang tinggi di dalam sebuah negara (Boyacioglu, 2012). Untuk mengatasi prevalensi penyakit, maka negara perlu memperkuat sistem kesehatan. Negara sulit memiliki sistem kesehatan terbaik karena adanya keterbatasan anggaran, keterbatasan infrastruktur kesehatan, dan keterbatasan sumber daya manusia di sektor kesehatan (Lakshminarayanan, 2011). Pemerintah perlu meningkatkan tingkat belanja sektor kesehatan sehingga banyak masalah kesehatan bisa diatasi. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara belanja kesehatan dengan pertumbuhan ekonomi (Piabuo & Tieguhong, 2017). Hal ini disebabkan karena pada umumnya, masyarakat dengan tingkat kesehatan yang baik dapat memproduksi barang dan jasa yang lebih banyak di bandingkan masyarakat dengan tingkat

kesehatan buruk, yang mendorong pertumbuhan ekonomi yang lebih cepat (Wang, 2015).

Pemerintah Indonesia membutuhkan biaya yang sangat besar untuk membiayai seluruh sistem kesehatan. Pembiayaan ini berasal dari berbagai sumber baik dari pemerintah pusat maupun dari pemerintah daerah (Dewi, 2017). Maka dari itu pemerintah mengeluarkan Program Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (BPJS) agar dapat membantu mengatasi persoalan anggaran kesehatan. Dalam jangka pendek, keberadaan program jaminan kesehatan dipandang sebagai kegiatan ekonomi yang memengaruhi sektor ekonomi lainnya. Sejumlah *input* yang digunakan oleh jaminan kesehatan akan menghasilkan *output* tertentu yang terdistribusi ke sektor-sektor ekonomi. *Output* dari jaminan kesehatan merupakan *input* baru bagi sektor lainnya, sehingga akan meningkatkan *output* sektor lainnya. Pada akhirnya, peningkatan *output* dari sektor-sektor ekonomi akan meningkatkan *output* (produksi) nasional. Peningkatan ini diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat Indonesia sebagai tujuan akhir pembangunan nasional. Melalui dedikasi teori yang relevan serta induksi dari berbagai penelitian sejenis, secara garis besar kerangka berfikir yang digunakan dalam penelitian ini dapat dituangkan dalam skema berikut:



Gambar 2.5 Kerangka Pemikiran

2. 4. Hipotesis

Berdasarkan latar belakang dan kerangka pemikiran dalam penelitian ini terjadi hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat secara parsial dan simultan, maka hipotesis dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Diduga program jaminan kesehatan nasional yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) penyelenggaraannya efektif dengan klasifikasi kriteria efektivitas Litbang Depdagri (1991).
2. Diduga terdapat dampak positif penyelenggaraan program kesehatan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) terhadap kesehatan masyarakat.
3. Diduga terdapat dampak positif penyelenggaraan program kesehatan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) terhadap kondisi ekonomi masyarakat.

