

BAB II

KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1 Ekonomi Kesehatan

Ilmu ekonomi pada dasarnya merupakan suatu studi tentang bagaimana manusia harus berani menentukan pilihan, keputusan dalam menentukan pilihan, bukanlah pekerjaan yang mudah sebab harus berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tertentu. Masalah ekonomi adalah masalah pilihan alokasi sumber daya yang langka (Rahardja & Manurung, 2002).

Definisi tentang ekonomi tidak terbatas hanya pada kegiatan yang berkaitan dengan manusia, tetapi dapat diterapkan pada setiap kegiatan yang menghadapi keterbatasan atau kelangkaan sumber daya sehingga pilihan harus ditentukan. *Scarcity* atau kelangkaan adalah kesenjangan antara sumber daya ekonomi yang terbatas dengan jumlah kebutuhan hidup yang tidak terbatas. Kelangkaan timbul karena kebutuhan manusia terus bertambah. Akibatnya, sumber daya yang ada tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup. Sebab kodrat manusia sejatinya memang tidak akan pernah puas dan selalu menginginkan seluruh alat pemuas kebutuhannya dapat terpenuhi (Mankiw, 2018).

Oleh karena itu, sering dijelaskan bahwa ekonomi adalah suatu ilmu mengenai keterbatasan atau kelangkaan sumber daya dan penentuan pilihannya. Karenanya, bagaimanapun kondisi yang menghimpit keadaan seseorang, penentuan skala prioritas tetaplah menjadi aspek penting yang dibutuhkan untuk dapat mampu

bertahan di segala situasi kehidupan. Skala prioritas merupakan daftar kebutuhan seseorang yang disusun mulai dari hal paling penting dan mendesak hingga yang bisa ditunda pemenuhannya. Nantinya, hasil penyusunan ini akan berguna dalam pengambilan keputusan ketika orang tersebut hendak melakukan transaksi (Darmawan, 2022).

Tujuan seseorang menyusun skala prioritas kebutuhan itu sendiri adalah untuk menekan pengeluaran, menghindari pemborosan, dan memenuhi kebutuhan sesuai kemampuan pribadi karena mereka tahu mana yang wajib dipenuhi terlebih dahulu. Kebutuhan yang dimaksud tentunya berkaitan dengan seluruh aspek kehidupan, di antaranya yaitu sandang, pangan, papan, pendidikan, dan kesehatan.

Setelah mampu bertahan hidup dengan sandang dan pangan, seorang individu akan mulai memikirkan tingkatan kebutuhan atas rasa aman yang dapat berupa rasa aman secara batin maupun fisik. Kebutuhan rasa aman tersebut misalnya adalah rasa aman dari penyakit, rasa aman dari bahaya, rasa aman dari bencana alam, dan rasa aman dari tindakan kriminal (Maslow, 1994).

Beralih menuju pembahasan terkait kebutuhan atas rasa aman dari penyakit, atau dalam istilah lain berupa kesehatan, *World Health Organization* (WHO) merumuskan definisi kesehatan dalam cakupan yang sangat luas, yaitu merupakan keadaan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat.

Selanjutnya, apabila berbicara perihal kesehatan, tidak jarang, yang terbesit pada benak segelintir orang adalah bagaimana sekelumit persoalan yang timbul akibat kurang efektif dan efisiennya pelayanan yang diberikan oleh suatu penyedia

fasilitas atau layanan kesehatan. Seperti rumah sakit, misalnya (Marniati dan Adjunct, 2022).

Rumah Sakit dikenal sebagai institusi padat karya, padat modal, padat teknologi, dan juga padat masalah, sehingga diperlukan aplikasi manajemen yang tepat dan sesuai (Darmawan, 2022). *World Health Organization* (WHO) sendiri pun juga memberikan batasan tentang rumah sakit yaitu suatu bagian integral dari organisasi sosial dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun rehabilitatif, dimana output layanannya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan di rumah sakit, juga merupakan pusat pelatihan tenaga kesehatan serta untuk penelitian bio-sosial (Djuhaeni, 2006).

Ekonomi Kesehatan sendiri sejatinya merupakan disiplin ilmu ekonomi yang diterapkan pada topik-topik kesehatan. Masalah-masalah ekonomi yang timbul dan erat kaitannya dengan kesehatan, yang salah satunya seputar rumah sakit seperti pada penjelasan di atas, diklasifikasikan sebagai kesatuan dari sub-disiplin Ilmu Ekonomi Kesehatan (Mahardika, 2018).

World Health Organization (WHO) mendefinisikan bahwa ekonomi kesehatan merupakan penggunaan ilmu ekonomi dalam mengkuantifikasikan sejumlah sumber daya untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, sekaligus mengkuantifikasikan berbagai dampak dari upaya-upaya preventif, kuratif, dan rehabilitatif terhadap produktivitas individu maupun produktivitas nasional.

Di samping itu, (Mills dan Gillson, 1999) pun mendefinisikan ekonomi kesehatan sebagai penerapan teori, konsep, dan teknik ilmu ekonomi dalam sektor kesehatan. Ekonomi kesehatan berhubungan dengan hal-hal sebagai berikut:

1. Alokasi sumber daya diantara berbagai upaya kesehatan;
2. Jumlah sumber daya yang dipergunakan dalam pelayanan kesehatan;
3. Pengorganisasian dan pembiayaan dari berbagai pelayanan kesehatan;
4. Efisiensi pengalokasian dan penggunaan berbagai sumber daya;
5. Dampak upaya pencegahan, pengobatan dan pemulihan kesehatan pada individu dan masyarakat.

Ekonomi kesehatan itu merupakan aplikasi ekonomi dalam bidang kesehatan (Kharman, 1964). Secara umum ekonomi kesehatan akan berkonsentrasi pada industri kesehatan. Ada 4 bidang yang tercakup dalam ekonomi kesehatan yaitu:

1. *Regulation*
2. *Planning*
3. *Health Maintenance*
4. *Cost and Benefit Analysis*

Pembahasan dalam ilmu ekonomi kesehatan sendiri pada dasarnya mencakup beberapa hal, yaitu: (1) *Customer* (pasien atau pengguna layanan kesehatan), (2) *Provider* (*Public* maupun *private investor*), serta (3) *Government* (pemerintah suatu wilayah).

Perhimpunan Peminat Ekonomi Kesehatan Indonesia (PPEKI) (1989), menyatakan bahwa ilmu ekonomi kesehatan adalah penerapan ilmu ekonomi dalam

upaya kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Perubahan mendasar tengah terjadi pada sektor kesehatan. Terlebih ketika sektor kesehatan harus menghadapi kenyataan bahwa sumber daya yang tersedia, khususnya dana, semakin hari semakin jauh dari kata cukup. Keterbatasan itulah yang salah satunya mendorong masuknya disiplin ilmu kesehatan dalam perencanaan, pengelolaan, maupun pengevaluasian dalam sektor kesehatan tersebut. Artinya, dapat dipahami pula bahwa Ilmu Ekonomi Kesehatan memang diperlukan di bidangnya. Adapun beberapa alasannya adalah sebagai berikut:

1. Sumber daya yang terbatas;
2. Masalah kesehatan yang semakin kompleks;
3. Status kesehatan berhubungan dengan berbagai variabel sosial ekonomi;
4. Kaitan kesehatan dengan pembangunan ekonomi di bidang kesehatan sebagai input dan output pembangunan ekonomi maupun kesehatan;
5. Pelayanan kesehatan mulai dianggap sebagai bagian sasaran komoditas perdagangan (Soesetyo & Tjiptoherijanto, 1994).

Ekonomi kesehatan sangat perlu untuk dipelajari. Terdapatnya hubungan antara kesehatan dan aspek-aspek ekonomi sedikit-banyaknya telah membuka cakrawala berpikir manusia bahwa kesehatan memang dapat mempengaruhi kondisi ekonomi. Begitupun sebaliknya, keadaan dan situasi ekonomi pun senantiasa dapat mempengaruhi kondisi kesehatan (Darmawan, 2020).

2.2 Penyediaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan)

bagi Pasien Kanker

A journey of thousand miles must begin with a single step. Barangkali ungkapan terkenal dari Lao Tze terdengar seperti hal yang biasa saja karena sudah sangat sering kita baca dan kita dengar. Namun dari kacamata organisasi, langkah kecil yang dimaksud Lao Tze itu merupakan awal kerja besar yang akhirnya menghantarkan BPJS Kesehatan pada mimpi untuk mencapai *Universal Health Coverage*. Langkah kecil ini tak hanya dimulai dari transformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan. Namun, jauh sebelum itu, para pendahulu telah jauh berpikir ke depan tentang capaian apa yang bisa diraih oleh organisasi (Idris, 2018).

Praktik inovasi dalam sektor publik, baik pada ranah pusat dan daerah, di Indonesia berjalan bukan tanpa masalah. Masalah paling kentara dalam hal ini adalah kerangka legal-formal berupa peraturan perundang-undangan yang sering kali tidak selaras dengan kehendak untuk melakukan inovasi (Prasojo, 2009).

Sebenarnya, inovasi dalam sektor publik sudah jauh-jauh hari diasumsikan sebagai upaya untuk menuju keadaan yang lebih baik; semakin inovatif suatu penyelenggaraan pemerintahan, semakin besar pula manfaat – sebuah nilai tambah – bagi masyarakat (Kimberly, 1981). Hal ini yang kemudian dikembangkan bahwa inovasi merupakan sebuah proses di mana beberapa masalah yang dianggap paling krusial kemudian mengembangkan solusi terhadap masalah tersebut (Howie, 2011). Tidak hanya solutif tetapi juga dapat menghasilkan kontribusi signifikan bagi peningkatan terhadap efektivitas, efisiensi, serta kualitas pelayanan publik,

sebagaimana didefinisikan dalam (IDeA, 2005). Inovasi semestinya *sound* sehingga penerapannya diperhitungkan karena berdampak bagi kepentingan publik (Farazmand, 2004).

Namun, inovasi yang diimplementasikan pada waktu yang tidak tepat, dengan pemahaman yang parsial terhadap kondisi sosial masyarakat akan membuat keadaan semakin memburuk. Situasi tersebut jamak memicu kritik dari masyarakat karena mereka merasa dirugikan oleh praktik pemerintah dan mendorong pihak legislatif (politik) dan yudikatif (hukum) menggunakan kewenangan dan mekanisme yang dimiliki untuk meninjau ulang praktik inovasi, baik kesesuaiannya dengan amanat konstitusi maupun alur pembuatan keputusan yang ditetapkan. Dampak dari suatu inovasi merupakan nilai tambah bagi kehidupan sosial ekonomi masyarakat. Dampak inilah yang kemudian menakar kredibilitas birokrasi dalam menerapkan inovasi sektor publik, sekaligus menjadi tolok ukur dalam menilai kontribusinya bagi pemenuhan kepentingan publik itu sendiri (Holidin dkk, 2016).

Salah satu bentuk reformasi birokrasi adalah layanan kesehatan sebagai upaya menjaga dan meningkatkan kesehatan (Ahmda, 2020). Sejak diundangkannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada 19 Oktober 2004, Indonesia memiliki sebuah landasan hukum yang lebih khusus dalam mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia sebagaimana cita-cita bangsa Indonesia sejak dahulu kala. Salah satu unsur kesejahteraan sosial adalah perihal kesehatan yang menjadi hak dasare seluruh manusia dan menjadi tanggung jawab pemerintah dalam mewujudkan hal tersebut melalui penyediaan fasilitas kesehatan yang layak. Melalui UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial

Nasional (SJSN), kesehatan penduduk Indonesia dijamin dalam sebuah program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan) (Yuningsih, 2015).

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan) dapat dipandang sebagai upaya yang dilakukan oleh negara dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar masyarakat Indonesia khususnya di bidang kesehatan. Dengan adanya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan), diharapkan masyarakat Indonesia bisa mendapatkan layanan kesehatan yang murah (karena menggunakan prinsip asuransi sosial) dan mungkin gratis (bagi masyarakat miskin penerima bantuan iuran), sehingga dengan demikian masyarakat dapat melakukan kegiatan sosial dan ekonominya tanpa terbebani biaya kesehatan yang harus ditanggungnya (Retnaningsih, 2015).

Salah satu yang mendasarinya adalah dikarenakan dalam usia yang mendekati 70 tahun, kinerja sistem kesehatan Indonesia masih jauh tertinggal dibandingkan kinerja sistem kesehatan negara-negara tetangga (Thabrany, 2014). Oleh karena itu, untuk mengurus Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), dibentuk dua badan hukum publik Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Sebagian urusan pemerintahan didesentralisasi kepada pemerintahan provinsi dan pemerintahan kota atau kabupaten. Kata pemerintahan mencakup DPR dan eksekutif. Untuk urusan UKP, maka penyelenggaraannya atau yang ditunjuk negara melalui UU No. 24 Tahun 2011 adalah BPJS Kesehatan.

Mengingat capaian indikator kesehatan menjadi ukuran penting kinerja Kemenkes sebagai *focal point* sektor kesehatan, maka perlu dilaksanakan juga proses monitoring dan evaluasi terhadap dana transfer dari pusat ke daerah. Hal ini

bertujuan agar pendanaan kesehatan yang telah dialokasikan dapat digunakan secara efektif dan efisien, serta berdampak positif pada pembangunan sektor kesehatan. Dasar hukum jaminan kesehatan yang paling utama adanya jaminan kesehatan adalah **Undang-Undang Dasar Tahun 1945 Pasal 28 H**, yaitu:

1. Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan;
2. Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan;
3. Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.

Selain itu, dasar hukum adanya Jaminan Kesehatan juga tertuang dalam **Undang-Undang Dasar Tahun 1945 Pasal 34** yaitu:

1. Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara;
2. Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan;
3. Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Atas dasar itulah, maka diterbitkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang salah satu programnya adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan). Menurut Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan) adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Prinsip asuransi sosial yang dimaksud meliputi:

1. Kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah;
2. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif;
3. Iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan;
4. Bersifat nirlaba.

Sejalan dengan informasi yang dikutip dari Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2020-2024 sasaran pembangunan adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang dengan menekankan terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai bidang yang didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing.

Kesehatan merupakan tanggung jawab negara. Persoalan kesehatan tidak hanya terkait dengan bagaimana masyarakat sehat dan mendapatkan pelayanan

kesehatan, tetapi juga menyangkut arah pembangunan, karena pemenuhan hak kesehatan adalah amanat konstitusi (Maftuchan dkk, 2016).

Pembangunan merupakan proses perubahan ke arah yang lebih baik melalui upaya yang dilakukan secara terencana, terutama untuk tujuan memakmurkan mereka yang lemah dan memberikan sebanyak-banyaknya kebahagiaan bagi masyarakat agar dapat berdaya, berkarya, dan berbudaya. Salah satu upaya pembangunan menuju transformasi masyarakat yang sehat dan maju adalah melalui pembangunan kesehatan (Maftuchan dkk, 2016). Meskipun dalam kenyataannya, kemampuan pembiayaan untuk sektor kesehatan yang bersumber dari Anggaran Belanja Negara di banyak negara (termasuk Indonesia) belum dapat diandalkan sepenuhnya (Suyanto dkk, 2022).

Adapun landasan konstitusional bidang kesehatan masyarakat dapat dilihat dalam: (1) Pasal 28H ayat (1) UUD 1945: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”; Pasal 28H ayat (3) UUD 1945: “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.”; serta (3) Pasal 4, Pasal 5, dan Pasal 6, UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan: (i) setiap orang berhak atas kesehatan, (ii) setiap orang berhak memperoleh akses dan pelayanan kesehatan. (iii) standar pelayanan; aman, bermutu, dan terjangkau, (iv) setiap orang berhak menentukan pelayanan kesehatan yang diperlukan, dan (v) setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat.

Secara ringkas, masyarakat berhak atas hidup sehat tanpa perlu menunggu jatuh sakit dahulu. Peran negara sangat penting dalam menjaga kesehatan masyarakat. Orientasi utama negara adalah menciptakan dan menjaga kesehatan warganya. Dengan warga yang sehat, maka produktivitas suatu negara akan optimal. Sebaliknya, dengan warga negara yang sakit, maka produktivitas suatu negara tidak akan optimal (Maftuchan dkk, 2016).

Pelayanan kesehatan yang baik akan memberikan manfaat bagi individu dan masyarakat secara menyeluruh. Status kesehatan penduduk yang baik tentu akan mampu meningkatkan produktivitas kinerja mereka sendiri, yang berujung pada meningkatnya pendapatan per kapita negara, yang artinya bisa meningkatkan pertumbuhan ekonomi secara universal (Murti, 2011).

Dengan merujuk pada pandangan yang maju, kesejahteraan masyarakat itu tidak hanya diukur dengan tingkat pendapatan atau pengeluaran orang per orang (ekonomistik), akan tetapi juga harus diukur dari aspek non-ekonomistik, misalnya hak dasar yang terpenuhi, pelayanan dasar yang dapat diakses oleh semua orang dan dimensi lainnya. Pandangan ini sejatinya selaras dengan amanat pembukaan Konstitusi Indonesia “masyarakat yang adil dan makmur” (Maftuchan dkk, 2016).

Pada akhirnya, *“Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan, serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang*

mengakibatkannya kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya”
(Artikel 25, Deklarasi HAM PBB, 1948).

2.3 Pelayanan Asuransi Kesehatan bagi Pasien Kanker

Berdasarkan fenomena asuransi jiwa mulai dari penetrasi, densitas, hingga gagal bayar di beberapa perusahaan asuransi, menandakan bahwa industri asuransi ini sedang menghadapi sejumlah hambatan dan tantangan ke depannya (Suhardi, 2021). Survey Nasional Literasi Keuangan yang dilakukan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) tahun 2019 lalu menunjukkan indeks literasi asuransi berada di angka kisaran 19,4%, artinya 80,6% dari penduduk Indonesia belum memahami pentingnya berasuransi pada kehidupan mereka.

Menurut UU No. 40 Tahun 2014, asuransi turut diartikan sebagai perjanjian antara perusahaan asuransi dan pemegang polis yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh perusahaan tersebut sebagai imbalan untuk memberikan penggantian kepada pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin tidak pasti; atau memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya pemegang polis, atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya pemegang polis dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana oleh perusahaan.

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dalam Buku 4 Perasuransian, mengklasifikasikan asuransi dalam 3 kelompok, yaitu:

1. Berdasarkan Pengelolaan Dana

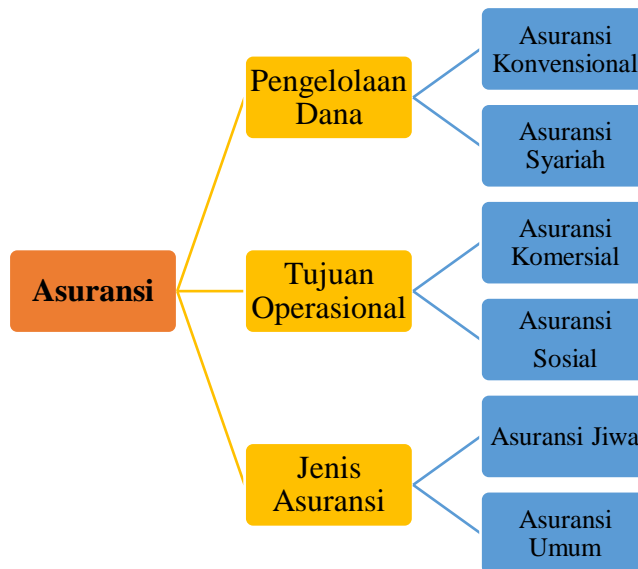
- a. Asuransi Konvensional (Prinsip Jual-Beli)
- b. Asuransi Syariah (Prinsip Syariah)

2. Berdasarkan Tujuan Operasional

- a. Asuransi Komersial (Mencari Keuntungan)
- b. Asuransi Sosial (Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat)

3. Berdasarkan Jenis Asuransi

- a. Asuransi Jiwa (Pertanggung jawaban terhadap Kesehatan dan Keselamatan)
- b. Asuransi Umum (Pertanggung jawaban terhadap Harta Benda)

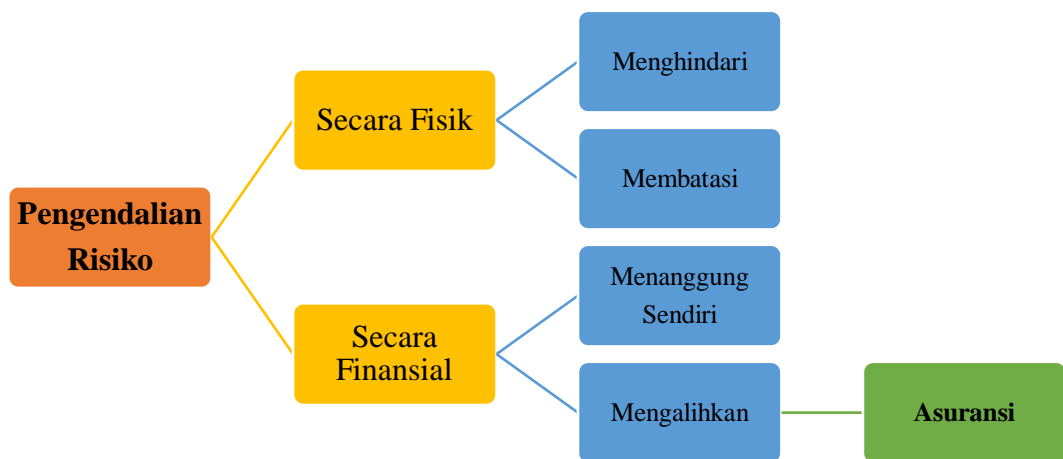


Gambar 2.1

Klasifikasi Asuransi

Sumber: Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Buku 4 Perasuransian

Ketika kita memprediksi untuk mengatasi terjadinya kekhawatiran terhadap suatu hal, kita hanya dapat memiliki kecenderungan berupaya meringankannya, dalam arti mengelola risiko, katakanlah adanya tindakan pencegahan; menghindari, membatasi, menanggung sendiri, mengalihkan dari berbagai macam risiko-risiko (Suhardi, 2021).



Gambar 2.2

Proses Mengelola Risiko

Sumber: Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Buku 4 Perasuransian

Tindakan yang dilakukan dalam upaya mengambil langkah-langkah untuk mengurangi kerugian yang dapat ditimbulkan dari dampak risiko, karena wujud risiko tersebut belum diketahui secara jelas dikenal dengan istilah mitigasi risiko (Suhardi, 2021). Suhardi (2021) pun menyebutkan, oleh karena tidak semua pula risiko itu dapat dikelola sendiri, seperti risiko murni yang di luar kendali manusia, maka orang selalu mengalihkan risiko tersebut kepada perusahaan asuransi. Baik

perusahaan asuransi konvensional melalui transfer risiko (*risk transfer*), maupun perusahaan asuransi syariah melalui berbagi risiko (*risk sharing*).

Asuransi kanker adalah salah satu polis yang memberikan manfaat pertanggung jawaban biaya atas risiko penyakit kanker. Di sebagian besar perusahaan asuransi, asuransi kesehatan juga menanggung biaya perawatan kemoterapi (Suyanto, 2022). Meski begitu perlu dipahami bahwa saat ini belum ada asuransi kesehatan yang menanggung nasabah dengan *pre-existing condition*. Artinya, misal tertanggung telah terdiagnosis penyakit kanker dan setelah mengetahui diagnosis tersebut ingin mendaftarkan diri dalam asuransi kesehatan, umumnya pengajuan tersebut akan ditolak.

Manfaat asuransi kanker pada umumnya akan memberikan uang pertanggung jawaban dalam jumlah tertentu yang bisa digunakan untuk biaya perawatan. Selain itu, beberapa polis juga memberikan santunan tunai yang bertujuan nasabah bisa tetap aman secara finansial meskipun tidak mampu bekerja (Taswin, 2022).

Pada umumnya, kanker memiliki 4 tahapan yang akan ditanggung oleh asuransi sesuai jenisnya (Taswin, 2022). Untuk itu berikut adalah jenis pertanggung jawaban kanker yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi:

- ***Carcinoma in Situ (CIS)***

Ketika pasien terdiagnosis terkena kanker untuk pertama kalinya. Pada tahap ini sel kanker belum sepenuhnya menembus jaringan di sekitarnya.

- **Tahap Awal**

Setelah diagnosis awal maka akan ada tahap kondisi ganas di mana sel kanker dapat menyerang dan menghancurkan jaringan di sekitarnya.

- **Stadium Mayor**

Setelah memasuki tahap awal tumor ganas yang tumbuh tidak terkendali.

Sel-sel ganas bisa saja menghancurkan jaringan normal juga.

- **Tahap Kritis**

Ketika kanker diidentifikasi berada dalam stadium utama dan ahli onkologi telah mengklasifikasikannya sebagai Tahap IV maka itu disebut sebagai stadium kritis.

Jenis pertanggung jawaban yang akan diberikan oleh perusahaan asuransi juga berbeda-beda pada setiap tahap. Mulai dari pertanggung jawaban biaya rawat inap, uang pertanggung jawaban ketika terdiagnosis pertama kali sampai dengan santunan kematian. Besaran premi asuransi kanker dan penyakit kritis sebenarnya bervariasi. Umumnya, kisaran harga mulai Rp116.000 hingga Rp300.000 (atau lebih) per bulan. Namun ketika kita membeli asuransi murni atau *stand alone* maka besaran premi asuransinya akan lebih murah. Sementara ketika asuransi kanker masuk dalam rider atau tambahan maka biasanya premi akan lebih mahal. Selain itu, besaran premi atau iuran juga akan berpengaruh sesuai pada besaran santunan tunai yang diinginkan.

Manfaat asuransi yang berhubungan dengan penyakit kanker ada dua, yaitu manfaat sakit kritis (*crisis cover* atau *critical illness benefit*) dan manfaat kesehatan (*hospital benefit*). Manfaat sakit kritis adalah manfaat asuransi yang memberikan uang pertanggung jawaban sekaligus (*lump sum*) pada saat tertanggung terdiagnosis

penyakit kritis yang sesuai dengan persyaratan yang tertera pada polis asuransi. Manfaat sakit kritis hanya akan dikeluarkan sekali, berapa pun polis yang dimiliki dan berapapun jumlahnya, ketika tertanggung terkena penyakit kanker, maka uang pertanggungan tersebut akan diberikan secara tunai. Uang tunai tersebut dapat digunakan untuk biaya apapun, baik biaya pengobatan maupun kebutuhan hidup. Jumlah uang pertanggungan penyakit kritis tergantung dari pertama kali nasabah mengambil asuransi tersebut. Biasanya, nasabah yang sudah terkena penyakit kritis belum tentu akan diterima kembali perusahaan asuransi untuk mengambil asuransi. Berbeda halnya dengan asuransi penyakit kritis, manfaat asuransi kesehatan adalah manfaat yang berhubungan langsung dengan perawatan di rumah sakit, dan biasanya adalah rawat inap (Taswin, 2022).

2.4 Konsep dan Jenis Biaya

2.4.1 Konsep Biaya

Biaya (*cost*) adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi (Gani, 1993). Volmer dikutip dari (Gunari, 1990) menjelaskan bahwa biaya adalah semua yang berkaitan dengan pengeluaran uang, baik yang ekonomis maupun tidak. Biaya di sini dikenal sebagai historis atau *actual cost*. Lalu, menurut Limperg, masih berdasarkan kutipan dalam (Gunari, 1990) biaya adalah semua pengeluaran uang yang bertujuan ekonomis, baik yang nyata (*absolute*) maupun yang diperhitungkan (*applied*) seperti biaya penghapusan dari peralatan tahan lama, biaya bunga dari modal sendiri. Jadi, biaya menurut ketiga pengertian di atas merupakan suatu pengorbanan yang bertujuan

untuk memproduksi barang atau jasa tertentu. Hal tersebut seringkali diartikan sebagai harga atau tarif oleh pemakai jasa atau konsumen.

Analisis biaya adalah suatu proses menata kembali data atau informasi yang ada dalam laporan dalam rangka memperoleh temuan biaya pelayanan yang dilaksanakan, dalam hal ini, oleh rumah sakit. Dengan kata lain, analisis biaya sama dengan penyebaran biaya dari unit pemeliharaan, unit operasional, dan unit pelayanan umum lainnya atau pusat biaya dengan suatu metode, kepada unit perawatan, unit kamar operasi, unit emergensi, farmasi, dan unit lain atau pusat pendapatan yang memasukkan pendapatan rumah sakit untuk pelayanan yang diberikan kepada pasien (Berman, 1986).

Analisis biaya lebih luas daripada penelusuran biaya. Penelusuran biaya hanya terbatas pada upaya mencari besarnya biaya satuan layanan kesehatan di suatu pusat layanan kesehatan (Sjaaf, 1991). Upaya ini dilakukan secara sederhana dengan metode pengalokasian, yaitu pemindahan biaya tidak langsung menjadi biaya langsung. Dengan demikian, biaya satuan tersebut sudah mencakup biaya langsung di unit tersebut dan biaya tidak langsung di unit non layanan lainnya. Salah satu aspek yang paling utama dari analisis biaya adalah pemahaman tentang biaya (*cost*) itu sendiri. Karenanya, dibutuhkan penjelasan terlebih dahulu perihal konsep dan jenis dari aspek biaya tersebut.

2.4.2 Jenis Biaya

Secara umum, biaya dapat digolongkan ke dalam sejumlah klasifikasi, baik berdasarkan sifatnya, jangka waktu pemanfaatannya, dan lain sebagainya, yang diantaranya tertuang pada penjelasan berikut:

a. *Economic Cost, Accounting (Explicit Cost), dan Opportunity (Implicit Cost)*

Biaya Eksplisit (*Explicit Costs*) dengan merujuk pada pengeluaran aktual perusahaan untuk mempekerjakan tenaga kerja, menyewa atau membeli input yang dibutuhkan dalam produksi. Termasuk di dalamnya adalah upah tenaga kerja; harga sewa modal, peralatan, gedung; dan harga pembelian bahan mentah serta bahan setengah jadi. *Accounting Cost* juga merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dengan *Explicit Cost* sebagai satu kesatuan. Sedangkan **Biaya Implisit** (*Implicit Costs*) merujuk pada nilai input yang dimiliki dan digunakan oleh perusahaan dalam aktivitas produksinya sendiri (Salvatore, 2022).

Biaya Atas Kesempatan yang Hilang atau *Opportunity Cost* adalah benefit yang kita korbankan karena sejumlah sumber yang seyogianya dapat dipergunakan untuk kegiatan X dan bukan kegiatan Y. Dengan kata lain, kegiatan Y tidak jadi dilaksanakan karena sumber yang seyogianya dapat dipergunakan untuk kegiatan Y telah dipergunakan untuk kegiatan X. Jadi, dalam hal ini, benefit yang seyogianya dapat dihasilkan oleh kegiatan Y, menjadi *Opportunity Cost* kegiatan X, yang perlu dibandingkan dengan benefit netto kegiatan X sendiri. Kedua kegiatan, X dan Y, dapat berupa dua proyek di bidang yang sama atau yang berbeda sama sekali (Gray, 1992).

Biaya Atas Kesempatan yang Hilang atau *Opportunity Cost* adalah teori yang timbul akibat kelangkaan atau *scarcity* serta kebutuhan dan keinginan tak terbatas yang dimiliki manusia, alias *needs and wants*. Secara definitif, pengertian *Opportunity Cost* adalah kemunculan biaya atau risiko karena manusia memilih mengorbankan satu hal untuk mendapat hal lainnya. Oleh sebab itulah, *Opportunity Cost* biasanya terjadi saat manusia dihadapkan pada dua atau lebih pilihan. *Opportunity Cost* itu sendiri adalah bagian yang linear dan tidak terpisahkan dengan *Implicit Cost*.

Melalui rumus di bawah ini, dapat dipahami bersama bahwa **Biaya Ekonomi** sejatinya merupakan hasil penjumlahan antara **Biaya Eksplisit** dan **Biaya Implisit**.

$$\text{Economic Cost} = \text{Accounting (Explicit Cost)} + \text{Opportunity (Implicit Cost)}$$

b. Biaya Tetap, Biaya Variabel, dan Biaya Total

Dalam kaitannya dengan perubahan skala produksi, biaya dapat dibedakan menjadi Biaya Tetap, Biaya Variabel, dan Biaya Total. **Biaya Tetap** adalah biaya yang secara relatif tidak dipengaruhi oleh besarnya jumlah produksi (*output*). Biaya ini harus tetap dikeluarkan terlepas dari apakah pelayanan diberikan atau tidak. Contohnya, nilai dari gedung yang digunakan, nilai dari peralatan, dan sebagainya. Berlaku sebaliknya, nilai dari **Biaya Variabel** akan selalu dipengaruhi oleh besarnya jumlah produksi (*output*). Contohnya, biaya obat, makanan, alat tulis kantor, dan sebagainya. Tentunya biaya obat dan makanan yang dikeluarkan untuk melayani 2 orang pasien akan berbeda apabila pasien yang dilayani berjumlah 10

orang. Sedangkan **Biaya Total** (*Total Cost*) merupakan hasil penjumlahan dari biaya tetap dan biaya variabel. Dengan kata lain:

$$\text{Total Cost} = \text{Fixed Cost} + \text{Variable Cost}$$

c. **Biaya Satuan, Biaya Langsung dan Biaya Tidak Langsung**

Konsep kedua biaya ini sering digunakan pada saat menghitung **Biaya Satuan** (*Unit Cost*). Dalam suatu unit usaha, misalnya di rumah sakit, biasanya terdapat dua jenis unit kegiatan, seperti: (1) Unit Produksi berupa rawat inap dan rawat jalan serta (2) Unit Penunjang berupa instalasi gizi, bagian administrasi, ataupun bagian keuangan. **Biaya Langsung** (*Direct Cost*), dikeluarkan pada unit-unit yang langsung menangani pasien. Sedangkan biaya yang dikeluarkan oleh sistem penunjang disebut sebagai **Biaya Tidak Langsung** (*Indirect Cost*).

Begitupun halnya dengan fokus pada penelitian ini yang pada dasarnya terbagi menjadi dua. Pertama, yaitu **Biaya Langsung** (*Direct Cost*). Apabila ditinjau dari sudut pandang ilmu kesehatan, biaya langsung merupakan biaya yang terkait langsung dengan pelayanan kesehatan seorang pasien. Biaya ini dapat ditanggung oleh pihak pribadi maupun pihak ketiga selaku penjamin, misalnya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) selaku penjamin kesehatan milik pemerintah ataupun asuransi kesehatan yang dikelola pihak swasta.

Sedangkan yang kedua, yaitu **Biaya Tidak Langsung** (*Indirect Cost*). Biaya tidak langsung adalah biaya yang dikeluarkan untuk aktivitas yang tidak berhubungan langsung dengan proses pengobatan atau penyembuhan. Misalnya, pendapatan dari pekerjaan atau usaha yang ditinggalkan selama pengobatan, rentang waktu pengobatan, transportasi dan akomodasi selama pengobatan, serta

pengeluaran lainnya. Berbeda dari biaya langsung, jenis biaya ini murni merupakan tanggung jawab dari pihak pribadi pasien.

d. Tarif

Tarif adalah nilai suatu jasa pelayanan rumah sakit dengan sejumlah uang di mana berdasarkan nilai tersebut rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien (Departemen Kesehatan RI, 1992).

Tarif rumah sakit adalah biaya yang harus dibayar oleh setiap penderita sebagai imbalan atas pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit (Berman, 1986).

2.5 Peranan *Bandung Cancer Society* (BCS)

Bandung Cancer Society (BCS) telah berdiri sejak 2 Desember 2007 dan kini anggotanya telah berjumlah sekitar 200 orang, dengan kisaran jumlah anggota aktifnya berjumlah sebesar 150 orang. Sekretariatnya berlokasi di Jalan Samiadji Dalam I No. 98/66 Kota Bandung. Visi dari *social community* tersebut yakni, **menjadi pusat untuk berkumpul, berbagi pengalaman dan informasi khususnya yang berkaitan dengan kanker.** Serta turut disertai misi, **meningkatkan kepedulian terhadap penderita kanker khususnya di Bandung dan sekitarnya dengan cara memberi bantuan secara moril.** Adapun sifat dari keanggotaannya, yaitu:

- Sukarela
- Terbuka

- Heterogen (semua jenis kanker dengan latar belakang yang berbeda, seperti suku, ras, agama, gender, usia, pendidikan dll)
- Individual yaitu penderita, *survivor*, keluarga, serta masyarakat sekitar yang memiliki kepedulian tinggi
- Independen

Di tengah-tengah keresahan dan kebingungan pasien kanker, *Bandung Cancer Society* (BCS) hadir dengan cepat tanggap di masyarakat. Tujuan utamanya, memang bukan mengacu pada hal-hal yang berkaitan dengan pendanaan pengobatan atau yang sifatnya materil. Melainkan mencoba memberi penguat serta dukungan secara moril bagi pasien yang bahkan nyaris kehilangan harapan akan masa depan di hidupnya.

Melalui sejumlah program kerja yang sejauh ini telah digagas oleh pengurus maupun anggotanya, *Bandung Cancer Society* (BCS) memang lebih condong dalam berupaya untuk mendorong pasien agar mau menjalani pengobatan secara medis, ketimbang non-medis.

Berbicara perihal pasien yang berstatus sebagai anggota BPJS, khususnya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan) ternyata masih terdapat kendala tersendiri bagi masyarakat yang notabene berdomisili di luar Kota Bandung, yakni keterbatasan anggaran transportasi menuju pusat-pusat pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit.

Nampaknya, hal tersebutlah yang menjadi landasan digagasnya salah satu program unggulan dari *Bandung Cancer Society* (BCS) berupa pendirian Rumah Singgah Kasih yang terletak di Jalan Sukabungah No.7, Kelurahan Sukabungah,

Kecamatan Sukajadi, Kota Bandung, Jawa Barat, 40162. Pihak *Bandung Cancer Society* (BCS) sendiri berupaya agar pasien kanker dewasa yang berasal dari luar Kota Bandung, khususnya yang menjalani pengobatan menggunakan keanggotaan BPJS Kelas 3 atau Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan) Kelas 3, dapat dengan lebih mudah menjalani pengobatan, tanpa perlu terbebani oleh keresahan perihal tempat tinggal sementara mereka selama menjalani banyaknya rangkaian pengobatan di rumah sakit. Solusi semacam itu tentu sedikit-banyaknya akan memberikan dampak positif bagi masyarakat menengah ke bawah, yaitu berupa efisiensi biaya pengobatan yang harus dikeluarkan, termasuk anggaran transportasi.

2.6 Penelitian Terdahulu

Untuk memperkaya perspektif dalam penelitian ini, maka selain dari kajian teori yang telah dipaparkan pada paragraf-paragraf sebelumnya, telah dilakukan juga *review* terkait beberapa penelitian terdahulu. Penelitian ini utamanya didasarkan atas kesamaan objek penelitian, diantaranya yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.1

Penelitian Terdahulu

No.	Nama	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
1.	<i>Economic Burden of Cancer on Cancer Patients Treated at Hawassa</i>	Menghitung biaya pengobatan kanker yang	Pendekatan kualitatif dan kuantitatif.	Sekitar \$209,99 dihabiskan untuk pengobatan oleh setiap pasien kanker. Dari jumlah tersebut, biaya

No.	Nama	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
	<i>University Comprehensive Specialized Hospital.</i> Bona, Lalisa Gemechu, dkk. <i>Cancer Control</i> Vol. 28 2021.	harus ditanggung oleh pasien serta keterkaitannya dengan sejumlah faktor.		pengobatan adalah yang tertinggi (\$20,77, IQR ¼ 0,53-112,56) dari biaya medis langsung, dan biaya transportasi adalah yang tertinggi (\$58,33, IQR ¼ 22,0-131,67) dari biaya medis tidak langsung.
2.	<i>The Economic Impact of Rectal Cancer: A Population-Based Study in Italy.</i> Gigli, Anna, dkk. <i>Int J Environ Res Public Health</i> 2021 Vol. 18. Pages 1 – 17	Untuk memperkirakan seberapa besar beban ekonomi yang timbul pada pasien kanker rektum yang tengah menjalani pengobatan.		Terdapat kebutuhan yang berbeda antar setiap pasien kanker, khususnya kanker rektum. Perbedaan tersebut diantaranya yaitu perihal pelayanan perawatan berdasarkan usia, maupun stadium. Penelitian yang dilakukan pun sejatinya dapat mendukung pembuat kebijakan dalam memprediksi beban ekonomi para pengidap kanker rektum dalam jangka pendek.
3.	<i>Economic and non-economic burden of cancer: A propensity score-matched analysis using household health survey data of India.</i> Goyanka.	Untuk menilai sifat dan besarnya beban ekonomi dan non ekonomi pada pasien kanker dan keluarganya	Teknik statistika <i>Propensity Score Matching</i> (PSM).	Kanker menimbulkan beban ekonomi dan non-ekonomi yang sangat besar pada individu dan rumah tangga yang terkena dampak. Oleh karena itu, terdapat kebutuhan untuk merancang strategi

No.	Nama	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
	Cancer Research, Statistics, and Treatment 2021 Vol. 4. Pages 29 – 36.	akibat perawatan kanker rawat inap dan rawat jalan.		perawatan kesehatan yang tepat untuk memberikan dukungan keuangan yang optimal kepada pasien kanker.
4.	<i>Economic Perspective of Cancer Care and Its Consequences for Vulnerable Groups.</i> Haier & Schaefer. Cancers (Basel) 2022 Vol.14. Pages 1 – 19.	Untuk memahami kerentanan ekonomi yang terkait dengan berkurangnya pemanfaatan perawatan kanker beserta dampaknya terhadap hasil. Beban keuangan telah dilaporkan di banyak negara di seluruh dunia dan perlu ditangani sebagai bagian dari kualitas perawatan kanker yang memadai.	Pendekatan kuantitatif dan kualitatif.	Adanya kerentanan pasien kanker akibat beban keuangan dan dampak ekonomi dapat ditentukan oleh berbagai faktor yang berbeda pada subkelompok, wilayah, atau negara tertentu. Hal tersebut membutuhkan pengaturan insentif yang tepat sebagai jalan keluar bagi seluruh pihak yang terlibat, termasuk pasien. Politisasi kesehatan di dalam penyediaan layanan kesehatan itu sendiri tentu harus tetap disertai dengan strategi evaluasi.
5.	<i>Economic cost analysis in cancer</i>	Untuk mengukur besarnya	<i>Cost Effectiveness Analysis (CEA).</i>	Membuka dan memperluas jangkauan pemikiran bahwa langkah-langkah

No.	Nama	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
	<p><i>management and its relevance today.</i> K, Sharma, dkk. Indian J. Cancer 2009 Vol. 46. Pages 184 – 190</p>	<p>progres dari pengobatan penyakit kanker, beserta keterkaitannya terhadap besaran sumber daya yang dikeluarkan.</p>		<p>ekonomi memang terbilang penting untuk penelitian seputar penyakit kanker. Kesadaran yang meningkat dalam beberapa tahun terakhir untuk hidup dengan pembiayaan kesehatan yang cukup tampaknya akan menciptakan iklim kesehatan yang lebih sempurna. Sebab semakin banyak biaya perawatan, perlu diseimbangkan pula dengan efektivitas perawatannya.</p>
6.	<p><i>Economic Burden of Cancer Patients at Hasanuddin University Teaching Hospital, Makassar: A Qualitative Study.</i> Razak, Amran, dkk. Indian Journal of Public Health Research & Development 2018 Vol. 9 No. 12. Pages 1438 – 1442</p>	<p>Untuk memberikan pemahaman terkait risiko kanker terhadap aspek sosial – ekonomi.</p>	<p>Kualitatif deskriptif.</p>	<p>Memberikan pengetahuan perihal beban ekonomi dalam penanganan penyakit kanker, sekaligus menunjukkan bahwa kesulitan ekonomi mengharuskan suatu rumah tangga untuk mengambil keputusan yang sulit, yaitu antara biaya pengobatan dan biaya kebutuhan pokok lainnya.</p>

2.7 Kerangka Pemikiran

Pada hakikatnya, tiap orang mempunyai kewajiban untuk menjaga kesehatan dirinya sendiri. Tetapi, tidak semua orang mampu menjaga dan melindungi diri sendiri. Anak-anak dan orang lanjut usia tidak mampu menjaga diri sendiri. Selain itu, perilaku orang lain yang tidak bertanggung jawab menyebabkan orang lain bisa kehilangan kesehatannya (Thabrany, 2014). Bagi sebagian masyarakat yang tidak mampu membiayai kesehatannya, peran pemerintah menjadi sangat diperlukan.

Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan secara singkat, khususnya dalam mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat, adalah untuk membiayai perawatan dan/atau pengobatan agar masyarakat tersebut dapat menjadi lebih sehat dan produktif (Kemenkes RI, 2017). Termasuk kewajiban pemerintah adalah mengatur, mengawasi, dan melakukan penegakan hukum agar semua penduduk mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan) secara rutin dan berkala (Thabrany, 2014).

Dalam pelaksanaannya, secara riil di lapangan, terdapat pengklasifikasian sistem subsidi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan). Hal tersebut dilatarbelakangi oleh penerapan sistem kelas yang membedakan jumlah iuran dari para pengguna program. Perbedaan itu tentu memberikan pengaruh terhadap besar-kecilnya besaran subsidi yang ditanggung Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan) terhadap pasien (BPJS Kesehatan, 2018). Selain itu, terdapat pula

sejumlah komponen biaya yang memang tidak mendapat subsidi untuk kemudian di-cover oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan). Termasuk di dalamnya, komponen biaya perawatan dan/atau pengobatan penyakit kanker (BPJS Kesehatan, 2018). Hal ini yang akan membedakan besaran nilai biaya pengobatan untuk setiap pasien yang ikut dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan).

Untuk mendapatkan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan) pun, terdapat mekanisme tertentu yang harus diikuti oleh setiap pasien tanpa terkecuali. Mekanisme yang dimaksud adalah penentuan penyedia layanan kesehatan tingkat pertama yang menyesuaikan dengan domisili pasien yang bersangkutan, yang nantinya akan memberi rujukan menuju penyedia layanan kesehatan tingkat selanjutnya, yaitu berupa rumah sakit. Pemilihan rumah sakit pun tidak sepenuhnya menjadi hak pasien sebab tidak semua rumah sakit menyediakan fasilitas perawatan dan/atau pengobatan penyakit kanker dengan menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan) (BPJS Kesehatan, 2018).

Adapun sebagian masyarakat yang memang belum mengikutsertakan diri mereka pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan), risikonya adalah harus bersedia untuk membiayai biaya perawatan dan/atau pengobatan mereka sendiri melalui media atau mekanisme pembiayaan lainnya. Dalam hal ini, selain menggunakan anggaran pribadi, terdapat pula masyarakat yang memutuskan untuk mendaftarkan diri mereka pada program asuransi kesehatan yang dikelola oleh perusahaan asuransi pemerintah maupun pihak swasta. Perbedaan pertanggungjawaban biaya pengobatan oleh JKN dan program

pertanggung jawaban lainnya tentu akan membawa pada berbagai variasi nilai pembiayaan pengobatan pasien kanker.

Pengobatan suatu penyakit, khususnya kanker, tentu memerlukan biaya yang tidak sedikit, yang salah satunya dapat diukur dengan satuan moneter, yang selanjutnya dapat diklasifikasikan ke dalam komponen biaya langsung (*direct cost*), biaya tidak langsung (*indirect cost*), dan biaya atas kesempatan yang hilang (*opportunity cost*) (Gemechu, 2021).

Komponen biaya langsung yang dimaksud yaitu dapat berupa biaya yang harus dikeluarkan saat hendak memperoleh pelayanan perawatan dan/atau pengobatan penyakit kanker tersebut. Sedangkan biaya penunjang lainnya seperti biaya transportasi dan akomodasi pasien tergolong ke dalam komponen biaya tidak langsung (Goyanka, 2021).

Selain biaya langsung dan tidak langsung yang secara eksplisit dapat dihitung dengan nilai satuan uang atau moneter, terdapat pula sejumlah pengorbanan yang tidak bisa secara otomatis diukur dengan nilai satuan uang. Contohnya adalah tenaga dan waktu produktif yang hilang dari pasien karena sebagian waktu produktifnya dipakai untuk menjalani pengobatan. Pengorbanan tenaga dan waktu tersebut dapat mengganggu produktivitas pasien dalam melakukan sejumlah rutinitas kesehariannya, seperti bekerja, berkarir, menjalankan usaha atau bisnis, bahkan menempuh pendidikan. Adapun pengorbanan yang terjadi tersebut dapat dikategorikan sebagai manfaat yang hilang (*benefit for gone*) yang dapat dikategorikan sebagai biaya atas kesempatan yang hilang atau *opportunity cost* (Goyanka, 2021).

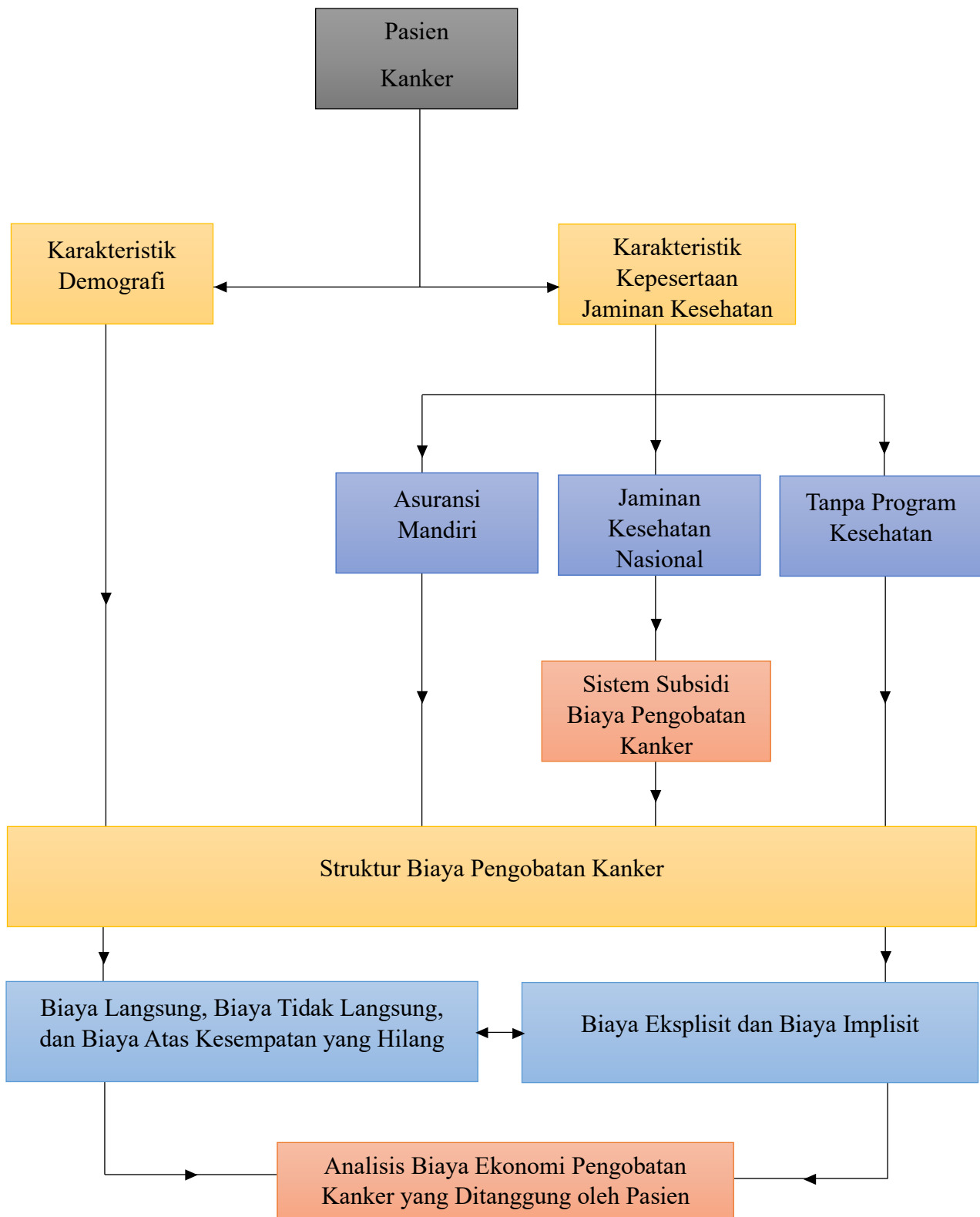
Pasien yang satu sama lainnya memiliki perbedaan karakteristik demografi serta kondisi kesehatan tertentu, sedikit-banyaknya akan berdampak pada proses penyembuhan maupun besaran biaya yang harus dikeluarkan (Haier, 2022). Sebagai contoh, berbicara perihal umur, merujuk pada sejumlah hasil penelitian terdahulu, ternyata dapat dipahami bahwa semakin tua umur pasien, maka akan semakin sulit pula proses penyembuhannya (Haier, 2022). Hal tersebut dikarenakan, organ-organ pada individu dengan umur yang terbilang lanjut, sudah tidak sepenuhnya dapat merespon kinerja obat-obatan dengan maksimal. Semakin sulit proses penyembuhan, akan semakin lama pula waktu yang dibutuhkan untuk menjalani seluruh rangkaian perawatan dan/atau pengobatan tersebut. Sehingga, besaran biaya yang harus dikeluarkan pun akan semakin meningkat (Gigli, 2021).

Hal yang sama pula terjadi dalam karakteristik aspek kesehatan. Dalam hal ini, salah satu aspek kesehatan adalah stadium pada saat pasien mulai melakukan pengobatan. Semakin tinggi stadium pasien pada saat memulai pengobatan, maka akan semakin sulit pula proses penyembuhannya (Haier, 2022). Hal tersebut dapat dijelaskan bahwa pada stadium yang sudah lanjut, organ-organ pada pasien tersebut sudah lebih banyak terkontaminasi oleh sel kanker sehingga tidak sepenuhnya lagi dapat merespon kinerja obat-obatan dengan efektif. Semakin tinggi stadium, akan semakin mahal pula obat-obatan yang digunakan dalam menjalani seluruh rangkaian perawatan dan/atau pengobatan kanker ini. Sehingga, besaran biaya yang harus dikeluarkan pun akan semakin meningkat (Gigli, 2021).

Perbedaan karakteristik pasien kanker secara demografi dan kondisi kesehatan tentunya berdampak pada perbedaan proses pengobatan yang dilakukan

pasien kanker. Hal ini tentunya berdampak pada besaran biaya yang harus dikeluarkan, baik biaya tersebut ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan), maupun oleh pasien sendiri atau program pertanggung jawaban pembiayaan lainnya jika pasien tersebut tidak ikut serta dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN - BPJS Kesehatan).

Oleh karena itu, peneliti merasa perlu untuk melakukan penelitian yang dapat mengukur biaya yang ditimbulkan dalam pengobatan kanker, khususnya biaya secara ekonomi, yang termasuk didalamnya biaya eksplisit dan biaya implisit. Melalui kerangka pemikiran di bawah ini, peneliti berusaha memetakan skema terkait pembiayaan yang harus ditanggung oleh pasien pengidap kanker.



Gambar 2.2

Kerangka Pemikiran