

**PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN DI KABUPATEN TABANAN**

Ni Putu Eka Pratiwi Dharma Putri¹

I Gusti Wayan Murjana Yasa²

^{1,2,3}Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana (Unud), Bali, Indonesia

ABSTRAK

Kesehatan merupakan suatu kondisi seseorang yang sejahtera, sehat secara jasmani dan rohani yang menjadikan seseorang mampu memproduksi secara sosial maupun ekonomis. Pada era saat ini, kesehatan merupakan suatu hal sangat penting bagi seseorang untuk mendukung kegiatan yang akan dilakukannya. Untuk menjaga kesehatan tersebut, tentu saja terdapat upaya-upaya yang dapat dilakukan yaitu salah satunya dengan ikut berpartisipasi atau mengikutsertakan diri dalam program jaminan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh simultan dan parsial pendidikan, pendapatan, jumlah tanggungan keluarga, resiko kesehatan, dan persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan dengan menggunakan teknik *purporsive random sampling* yang dilakukan di Kabupaten Tabanan dengan mengambil sampel di dua kecamatan yaitu Kecamatan Tabanan dan Kecamatan Kediri. Hasil yang diperoleh yaitu secara simultan seluruh variabel bebas berpengaruh signifikan terhadap variabel terikat. Secara parsial variabel pendapatan dan persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan memiliki pengaruh positif dan signifikan dan variabel pendidikan, jumlah tanggungan keluarga memiliki pengaruh positif namun tidak signifikan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan.

Kata kunci : *Partisipasi Masyarakat, Jaminan Kesehatan, Pendidikan, Pendapatan, Jumlah Tanggungan Keluarga, Resiko Kesehatan, Persepsi Mengenai Kualitas Pelayanan Kesehatan*

ABSTRACT

Health is a condition that is prosperous, physically and spiritually healthy, which enables a person to produce socially and economically. In the current era, health is a very important thing for someone to support the activities they will do. To maintain this health, of course there are efforts that can be made, one of which is by participating or taking part in the health insurance program. This study aims to determine the simultaneous and partial effect of education, income, number of family dependents, health risks, and perceptions of the quality of health services on community participation in the health insurance program in Tabanan Regency by using the purposive random sampling technique conducted in Tabanan Regency by taking samples. in two sub-districts, namely Tabanan District and Kediri District. The results obtained are simultaneously all independent variables have a significant effect on the dependent variable. Partially the income and perception variables regarding the quality of health services have a positive and significant effect and the education variable, the number of family dependents, has a positive but insignificant effect on community participation in the health insurance program in Tabanan Regency.

Keywords: Community Participation, Health Insurance, Education, Income, Number of Family Dependents, Health Risks, Perceptions of the Quality of Health Services

PENDAHULUAN

Dewasa ini, kesehatan merupakan suatu hal sangat penting bagi seseorang untuk mendukung kegiatan yang akan dilakukannya. Untuk menjaga kesehatan tersebut, tentu saja terdapat berbagai macam usaha yang dapat dilakukan yaitu salah satunya dengan mengikutsertakan diri dalam program jaminan kesehatan. Adapun tujuan dari adanya program jaminan kesehatan ini ialah untuk menjamin risiko-risiko kesehatan yang tidak terduga. Dimana adapun konsep jaminan kesehatan meliputi pembiayaan kesehatan, penyediaan layanan kesehatan, regulasi, dan produksi sumber daya kesehatan (Eskawati et al, 2017).

Tidak dipungkiri bahwa kita sebagai manusia memiliki risiko-risiko kesehatan yang sama untuk setiap individu. Menurut Madhukumar et al (2012) menyebutkan bahwa pelayanan asuransi kesehatan belum secara optimal dapat masuk ke pedesaan karena adanya biaya yang harus dikeluarkan masyarakat lebih besar karena jarak yang ada antara tempat tinggal dengan tempat pelayanan selain itu terdapat keterbatasan dalam program jaminan kesehatan yaitu jumlah dan kualitas dan masih rendahnya kesadaran masyarakat di pedesaan tentang pentingnya memiliki akses asuransi kesehatan itu sendiri (Vidyattama, et al, 2014). Padahal akses asuransi kesehatan sangat diperlukan oleh setiap lapisan penduduk, tak terkecuali pedesaan sebagai salah satu upaya untuk berjaga-jaga di masa depan (Moore and Irons, 2015).

Menurut masyarakat yang memiliki ekonomi sulit, partisipasi mereka dalam program jaminan kesehatan yang memerlukan dana lebih untuk membayar biaya asuransi tersebut justru akan mendorong mereka ke jurang kemiskinan (Wiseman et al, 2018). Masih banyak diantara masyarakat yang merasa sia-sia untuk membayar biaya asuransi yang sebenarnya tidak perlu untuk diri mereka. Hal ini menandakan

bahwa masih minimnya pengetahuan masyarakat untuk perlindungan resiko kesehatan di masa yang akan datang (Barnech and Hanoch, 2017).

Menurut Ahlin et al (2016) pemahaman yang buruk ini akan dapat berlanjut dan hal ini akan mengakibatkan penerima manfaat asuransi memiliki harapan yang tidak realistis tentang jenis perawatan apa saja yang termasuk dalam pertanggungan yang akan dibayarkan setiap bulannya. Sehingga hal ini bisa saja menjadi salah satu yang menjadi alasan mengapa masih ada masyarakat yang enggan untuk berpartisipasi dalam program jaminan kesehatan itu sendiri. Fungsi jaminan kesehatan sebenarnya yaitu untuk mendukung fasilitas kesehatan yang akan didapatkan bagi masyarakat itu sendiri (Fahriati, 2018). Melalui program jaminan kesehatan tersebut maka hak yang paling dasar yang dimiliki oleh setiap warga negara dalam hal ini yaitu kesehatan serta memperoleh kualitas hidup yang layak akan tercapai (Abnur, 2015). Untuk itu perlu kesadaran dari tiap-tiap individu untuk mengatasi risiko yang kita sendiri tidak mengetahui kapan risiko tersebut akan kita alami.

Kenyataannya yang terjadi di Indonesia dapat dikatakan bahwa banyak masyarakat yang berada pada golongan menengah kebawah masih minim pengetahuan akan pentingnya berpartisipasi dalam program jaminan kesehatan (Shrestha, 2020). Pada tahun 2019, tercatat jumlah peserta jaminan kesehatan di Indonesia mencapai 201.660.548 jiwa. Dan pada tahun 2019 memperoleh 217.549.455 jiwa atau meningkat 15,8 juta, setara dengan 7,8 persen. Dengan angka 217 juta jiwa ini, artinya jumlah peserta jaminan kesehatan di Indonesia telah mencapai 81,8 persen dari total penduduk Indonesia yang berjumlah sekitar 265 juta jiwa. Angka ini masih terpaut sekitar 13,2 persen dari target pemerintah yaitu sebesar 95 persen.

Kondisi tersebut berbeda dengan kondisi di Provinsi Bali yaitu dimana pada tahun 2019 jumlah peserta jaminan kesehatan di Provinsi Bali sudah mencapai 95 persen dari total jumlah penduduk yang sebanyak 4.245.108 jiwa. Berikut

merupakan tabel persentase penduduk yang memiliki jaminan kesehatan menurut kabupaten/kota di Provinsi Bali, 2019.

Tabel 1. Persentase Penduduk Yang Memiliki Jaminan Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bali, 2019

No	Kabupaten /Kota	BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI)	Non-Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI)	Jamkesda	Asuransi Swasta	Kantor
1	Jembrana	53,32	22,26	30,26	0,34	0,73
2	Tabanan	26,64	35,74	0,02	1,98	3,07
3	Badung	28,79	28,1	51,48	5,94	4,44
4	Gianyar	27,62	40,3	0	1,91	0,43
5	Klungkung	60,06	27,2	2,89	1,25	1,05
6	Bangli	33,16	23,88	0	1,51	0,04
7	Karangasem	43,64	25,7	0	0,37	0,91
8	Buleleng	48,1	21,16	0,15	0,4	0,99
9	Denpasar	15,68	43,94	0,63	4,86	4,5
Jumlah		33,04	31,86	10,16	2,66	2,36

Sumber: *Badan Pusat Statistik Bali, 2020*

Meskipun Provinsi Bali telah mencapai target 95 persen tersebut, berdasarkan tabel diatas dapat ditunjukkan bahwa jumlah peserta jaminan di setiap kabupaten/kota di Provinsi Bali berbeda-beda. Jumlah persentase terendah ditempati oleh Kabupaten Bangli yaitu sebesar 58,59 persen dan di posisi kedua terendah ditempati oleh Kabupaten Tabanan yaitu sebesar 67,38 persen yang artinya bahwa kedua kabupaten tersebut belum dapat memenuhi target dari provinsi sebesar 95 persen.

Kabupaten Tabanan termasuk wilayah Sarbagita yaitu salah satu wilayah yang dapat dikatakan sebagai kota metropolitan yang dibentuk berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 45 Tahun 2011 yang kemudian diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 51 Tahun 2014 dimana peraturan tersebut menjelaskan bahwa kawasan

perkotaan Denpasar, Badung, Gianyar, dan Tabanan dapat disebut Kawasan Perkotaan Sarbagita (Putra dan Yadnya, 2018).

Sarbagita yaitu wilayah yang dapat dikatakan memiliki kontribusi besar terhadap PDRB Provinsi Bali. Dimana laju pertumbuhan PDRB Kabupaten Tabanan sendiri pada tahun 2014-2016 secara berturut-turut yaitu sebesar 6,53%, 6,24%, dan 6,12%. Pertumbuhan PDRB yang terdapat di Kabupaten Tabanan dari tahun ke tahun mengalami kecenderungan pergeseran dari sektor primer (pertanian dan penggalian) ke sektor tersier (perdagangan, hotel & restoran, dan jasa-jasa), dan ke sektor sekunder (industri, listrik & air minum, dan bangunan). Pergeseran ini dapat dipicu oleh meningkatnya alih fungsi lahan pertanian dan berkembangnya sektor perdagangan dan jasa yang berkaitan dengan kepariwisataan di Kabupaten Tabanan (Profil Kabupaten Tabanan, 2018).

Meskipun Kabupaten Tabanan termasuk dalam wilayah Sarbagita yang dapat disebut wilayah metropolitan yang memiliki kontribusi besar terhadap PDRB Provinsi Bali, namun dalam bidang kesehatan khususnya dalam jumlah masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan baru sebesar 67,38 persen dari seluruh penduduk Kabupaten Tabanan yang memiliki jaminan kesehatan.

Berikut merupakan perolehan jumlah dari seluruh peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang terdapat di Kabupaten Tabanan Pada Tingkat Kecamatan, 2019.

Tabel 2. Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Tabanan Pada Tingkat Kecamatan, 2019

No.	Puskesmas	Jumlah Peserta		
		PBI	Non PBI	Jumlah
1	Tabanan I	9.540	6.887	16.427
2	Tabanan II	7.468	5.568	13.036
3	Tabanan III	4.874	19.753	24.627
4	Kerambitan I	9.949	5.193	15.142
5	Kerambitan II	8.169	5.547	13.716
6	Selemadeg	16.606	5.629	22.235
7	Selemadeg Timur I	10.821	1.710	12.531
8	Selemadeg Timur II	4.768	1.573	6.341
9	Selemadeg Barat	14.856	2.874	17.730
10	Pupuan I	15.741	3.726	19.467
11	Pupuan II	12.511	1.095	13.606
12	Baturiti I	20.437	6.095	26.532
13	Baturiti II	10.610	2.274	12.884
14	Penebel I	12.248	10.827	23.075
15	Penebel II	8.095	4.214	12.309
16	Marga I	12.164	6.565	18.729
17	Marga II	8.770	4.924	13.694
18	Kediri I	13.640	13.731	27.371
19	Kediri II	6.507	3.243	9.750
20	Kediri III	5.647	3.506	9.153
Jumlah		213.421	114.934	328.355

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan, 2020

Menurut Riskesdas Provinsi Bali (2020) Profil Kesehatan Kabupaten Tabanan Tahun 2018, menyebutkan beberapa penyakit-penyakit yang diderita oleh masyarakat Kabupaten Tabanan yaitu penyakit menular langsung yaitu; Tuberkolosis (TBC), HIV/AIDS, Pneumonia, Diare, Kusta. Selanjutnya, terdapat beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan melakukan imunisasi yaitu; Tetanus Neonatrum, Hepatitis B, Campak, Difteri, Polio/AFP (*Acute Flaccid Paralysis/Lumpuh Layu Akut*). Selanjutnya yaitu penyakit tular vektor dan zoonosis antara lain; Demam Berdarah Dengue (DBD), Filariasis (Penyakit Kaki Gajah),

Malaria, Rabies. Dan yang terakhir yaitu penyakit tidak menural antara lain; Hipertensi, Diabetes Melitus, Kanker Serviks dan *Breast Cancer*.

Faktor pendidikan merupakan faktor yang penting dalam mempengaruhi suatu keputusan orang dalam menentukan partisipasi mereka dalam program jaminan kesehatan. Pendidikan juga dapat dikatakan sebagai proses perbaikan taraf hidup seseorang dan mempengaruhi pemikiran seseorang untuk mengambil suatu keputusan untuk di masa depan (Kurniawan, 2016). Secara umum, seseorang dengan tingkat pendidikan yang mumpuni biasanya diharapkan memiliki potensi kesadaran yang tinggi pula untuk mengikuti program jaminan kesehatan, dibandingkan dengan masyarakat yang memiliki pendidikan yang masih tergolong rendah.

Tingginya tingkat pendidikan seseorang juga sangat berperan penting dalam menentukan pekerjaannya dan semakin jauh tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin layak pekerjaan dan semakin tinggi pula pendapatan yang diperoleh untuk mencukupi kebutuhan hidupnya. (Setiawina dan Putri dalam Rahayu dan Tisnawati, 2014).

Wawasan yang dimiliki oleh seseorang dengan tingkat pendidikan yang tinggi juga di harapkan mampu menganalisis resiko-resiko kesehatan yang tidak dapat kita ketahui kapan akan datang. lain halnya dengan masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan yang tergolong rendah, mereka biasanya hanya mengandalkan pengobatan tradisional. Apalagi pada saat ini risiko-risiko kesehatan yang berupa penyakit-penyakit berbahaya dapat menyerang siapa saja tanpa membedakan status pendidikan seseorang.

Faktor selanjutnya yang mempengaruhi keputusan masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam jaminan kesehatan yaitu faktor pendapatan. Faktor pendapatan sering menjadi penghalang bagi seseorang untuk mengikuti program jaminan kesehatan khususnya bagi individu yang memiliki pendapatan rendah. Bagi individu

yang memiliki pendapatan rendah harus berfikir dua kali untuk berpartisipasi dalam program jaminan kesehatan. Menurut Harding et al (2017) masih banyak terdapat keluarga yang memiliki penghasilan rendah masih berusaha untuk dapat ikut serta dalam program jaminan kesehatan. Seluruh pendapatannya digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari bahkan kadang-kadang kurang untuk memenuhi kebutuhannya tersebut.

Berbeda dengan individu yang memiliki pendapatan tinggi biasanya memiliki kesempatan yang lebih tinggi untuk mengikuti program jaminan kesehatan karena mereka mampu dan memiliki dana lebih dan memilih untuk mengalokasikan kelebihan dana yang mereka miliki untuk mengikuti program jaminan kesehatan. Selain itu tidak dapat menutup kemungkinan juga bahwa masih anak dibawah umur yang bekerja untuk membantu meningkatkan kesejahteraan keluarga. Padahal anak yang bekerja tersebut akan meningkatkan resiko mengalami gangguan kesehatan di masa depan (Beegle et al dalam Utama dan Handayani, 2020).

Partisipasi masyarakat berdasarkan jenis pekerjaan serta tingkat penghasilan tidak bisa di hilangkan satu sama lain, hal ini terjadi dikarenakan pendapatan seseorang tergantung dari pekerjaan apa yang dilakukan oleh seseorang tersebut. Penghasilan yang diperoleh dari pekerjaan yang memiliki kualitas dan mencukupi kebutuhan sehari-hari dapat mendorong seseorang untuk ikut berpartisipasi dalam kegiatan kesehatan seperti program jaminan kesehatan. Sehingga dapat diartikan bahwa untuk ikut berpartisipasi dalam suatu kegiatan, harus didukung oleh perekonomian yang mapan dan mencukupi (Irawan, 2019).

Selain faktor pendidikan dan pendapatan, terdapat faktor lain yang dapat menjadi alasan bagi seseorang untuk berpartisipasi dalam program jaminan kesehatan yaitu faktor jumlah tanggungan keluarga. Jumlah tanggungan keluarga yaitu banyaknya jumlah jiwa (anggota rumah tangga) yang masih tinggal dalam satu rumah dengan kepala rumah tangga dan masih menjadi beban tanggungan rumah

tangga dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya (Hanum, 2018). Menurut Hanum (2018), jumlah tanggungan anggota keluarga dalam suatu rumah tangga dapat mempengaruhi tingkat konsumsi yang harus dikeluarkan oleh rumah tangga yang bersangkutan karena berhubungan dengan kebutuhan dan pengeluarannya yang semakin banyak.

Dalam kaitannya dengan partisipasi masyarakat terhadap program jaminan kesehatan, masyarakat yang memiliki jumlah tanggungan yang lebih banyak akan memilih untuk tidak berpartisipasi karena memiliki tingkat konsumsi yang lebih tinggi dibandingkan dengan masyarakat yang lain dan mengakibatkan pengeluaran rumah tangga juga meningkat (Bhestari, dkk, 2016). Adapun perubahan struktur keluarga berupa penambahan jumlah tanggungan keluarga maka secara langsung akan mempengaruhi kondisi ekonomi suatu keluarga (Utomo and Qibthiyyah, 2016). Faktor selanjutnya adalah mengenai resiko kesehatan yaitu jika seseorang memiliki resiko kesehatan diatas rata-rata masyarakat secara umumnya, maka seseorang tersebut akan memiliki peluang yang lebih tinggi dalam berpartisipasi dalam program jaminan kesehatan karena ia sadar harus bagaimana untuk mengatasi resiko kesehatan yang dimilikinya.

Fokus utama dari jaminan kesehatan yaitu memulihkan kondisi kesehatan atau mencegah risiko masalah kesehatan. Sering kali saat individu berinteraksi dengan sistem perawatan kesehatan, faktor penentu kesehatan memiliki dampak pada status kesehatan mereka dalam keadaan yang baik atau buruk. Jadi dapat disimpulkan kebutuhan dalam perawatan kesehatan berupa ikut berpartisipasi dalam program jaminan kesehatan dapat dilihat sebagai upaya untuk mencegah risiko kesehatan dari pengaruh negatif seseorang (Setiyono, 2018).

Selain keempat faktor diatas, terdapat faktor lain yang dapat menjadi alasan bagi seseorang untuk berpartisipasi dalam program jaminan kesehatan yaitu faktor kualitas pelayanan kesehatan. Jika pelayanan kesehatan yang ada memiliki kualitas

yang baik, tentu saja akan mengundang minat masyarakat untuk ikut dalam program jaminan kesehatan itu sendiri. Dengan adanya kualitas pelayanan kesehatan yang berkualitas akan memicu masyarakat untuk memercayakan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut untuk menjamin kesehatannya. Berbeda jika kualitas pelayanan yang ada buruk atau tidak sesuai yang diharapkan masyarakat, maka masyarakat akan enggan menggunakan atau memanfaatkan program-program jaminan kesehatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif yang berbentuk asosiatif yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar dua variabel atau lebih. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh pendidikan, pendapatan, jumlah tanggungan keluarga, resiko kesehatan, dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap tingkat partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan yaitu di Kabupaten Tabanan.

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu : Partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan (Y) adalah Partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan (Y) adalah jumlah premi yang bersedia dibayarkan oleh masyarakat yang ikut atau berpartisipasi dalam program jaminan kesehatan yang dihitung dengan satuan rupiah, Pendidikan (X1) adalah pendidikan yang ditempuh oleh kepala keluarga yaitu berdasarkan tingkat pendidikan yang pernah ditempuh yang dihitung melalui tahunsukses pendidikan dinilai dengan satuan tahun, Pendapatan (X2) adalah jumlah penghasilan yang diperoleh oleh kepala keluargayang diperoleh dari hasil bekerja dalam jangka waktu tertentu yang dinilai dengan satuan mata uang (Rp/bulan).

Jumlah Tanggungan Keluarga (X3) adalah jumlah anggota keluarga dalam suatu rumah tangga yang tidak bekerja atau sedang mencari pekerjaan yang dapat mempengaruhi tingkat konsumsi yang harus dikeluarkan oleh rumah tangga yang

dinilai dengan satuan jumlah, Resiko Kesehatan (X4) adalah resiko yang dimiliki oleh kepala keluarga dimana tingginya resiko kesehatan yang diukur dalam frekuensi berobat dalam 6 bulan terakhir, dan Persepsi Mengenai Kualitas Pelayanan Kesehatan (X5) adalah pandangan atau persepsi pribadi kepala keluarga mengenai pelayanan kesehatan yang didapatkan ketika menggunakan jaminan kesehatan yang diukur dalam satuan skala terkait seberapa baik pelayanan yang didapat saat memanfaatkan jaminan kesehatannya.

Populasi yaitu wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek dan subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Wirawan, 2017:10). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah penduduk berdasarkan jumlah peserta dalam program jaminan kesehatan tertinggi dan tertinggi kedua di Kabupaten Tabanan yaitu Kecamatan Tabanan dan Kecamatan Kediri yang terdiri dari 52.688 peserta Non PBI dengan pengambilan sampel menggunakan teknik Slovin dan memperoleh sebanyak 100 sampel. Metode yang digunakan untuk menentukan sampel yaitu teknik *purposive random sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel di mana peneliti mengandalkan penilaiannya sendiri ketika memilih anggota populasi untuk berpartisipasi dalam penelitian. Agar populasinya terwakili secara utuh, maka penarikan sampel dilakukan di dua kecamatan yaitu Kecamatan Tabanan yang memiliki jumlah peserta jaminan kesehatan tertinggi dan Kecamatan Kediri yang memiliki jumlah peserta jaminan kesehatan tertinggi kedua di Kabupaten Tabanan.

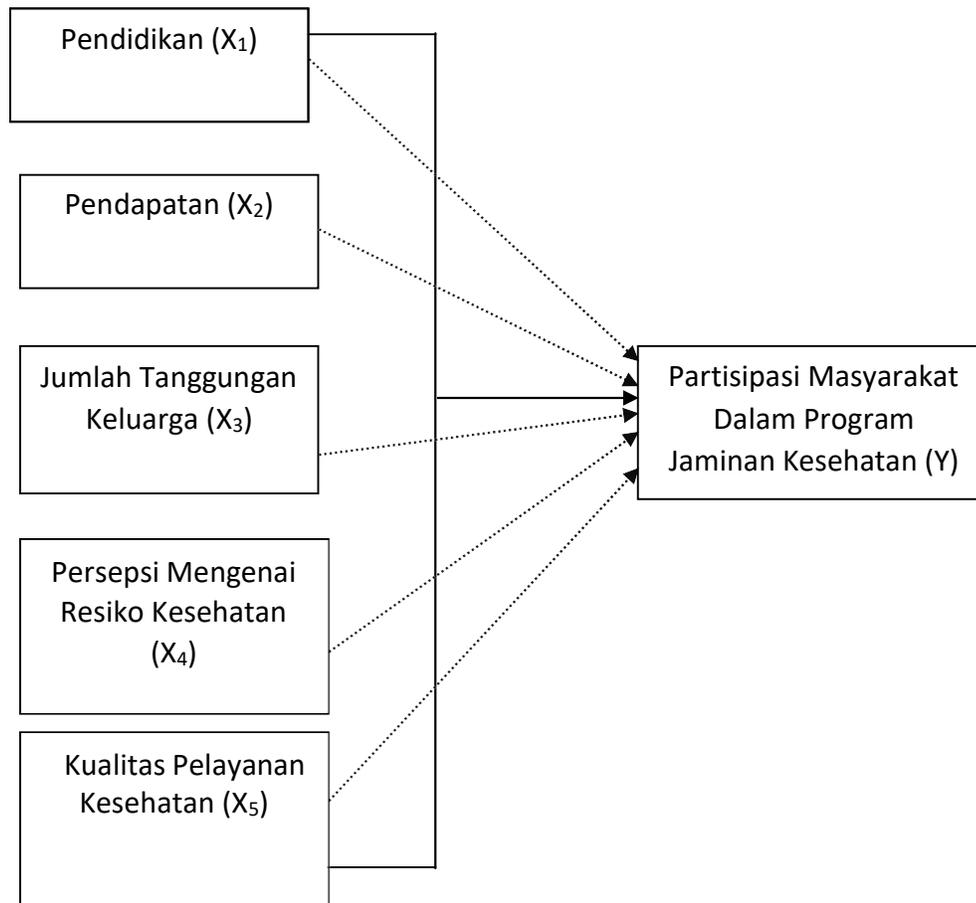
Metode pengumpulan yang digunakan yaitu menggunakan observasi secara langsung, menyebarkan kuisioner dan melakukan wawancara bersama masyarakat terkait variabel yang digunakan dalam penelitian ini. Teknik analisis data yang digunakan yaitu analisis statistik deskriptif, analisis regresi linier berganda yang terdiri dari uji normalitas, uji multikolinearitas, uji heteroskedastisitas, uji variabel secara parsial, uji variabel secara simultan dan uji koefisien determinasi.

Kerangka Konseptual Penelitian

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat merupakan jaminan perlindungan untuk pelayanan kesehatan secara menyeluruh yang mencakup pelayanan promotif, preventif serta kuratif dan rehabilitatif yang diberikan secara berjenjang bagi masyarakat/peserta yang iurannya dibayar oleh Pemerintah. Program ini memiliki tujuan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan untuk masyarakat yang tidak mampu agar mencapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien (Khariza, 2015). Menurut hasil penelitian Gustaman dan Bachtiar (2018) menyebutkan bahwa pemanfaatan kartu jaminan kesehatan di masyarakat dipengaruhi oleh pemahaman masing-masing individu mengenai kegunaan kartu jaminan kesehatan itu sendiri.

Pergeseran paradigma publik telah memberikan implikasi besar terhadap tatanan pemerintahan. Dimana dalam paradigma *good governance* lebih menekankan terciptanya kolaborasi dalam kesetaraan dan keseimbangan antara pemerintah, pihak swasta, dan masyarakat. Salah satu upaya untuk menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) yaitu melibatkan dan mendorong partisipasi masyarakat dalam setiap penyelenggaraan pemerintahan, karena di dalam masyarakat terdapat potensi dan sumber daya yang besar dimana jika dimanfaatkan secara baik maka akan memberi kontribusi nyata untuk kemajuan masyarakat itu sendiri (Faturahman, 2018).

Untuk memperjelas keterkaitan antar pendidikan, pendapatan, dan jumlah tanggungan keluarga terhadap tingkat partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan, maka diperlukan model konseptual yang menggambarkan secara ringkas hubungan antara masing-masing variabel yaitu sebagai berikut :



Gambar 1. Kerangka Konseptual Partisipasi Masyarakat Dalam Program Jaminan

Kesehatan di Kabupaten Tabanan

Keterangan :

- > = Pengaruh secara parsial X₁, X₂, X₃, X₄, dan X₅ terhadap Y
- > = Pengaruh secara simultan X₁, X₂, X₃, X₄, dan X₅ terhadap Y

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Uji Instrumen Penelitian

Uji instrumen penelitian dilakukan dengan uji validitas dan uji reliabilitas sebelum data dianalisis lebih lanjut. Kedua pengujian ini bertujuan untuk mengukur apakah item-item dalam instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini sudah valid dan reliabel.

a) Uji Validitas

Validitas yaitu derajat ketepatan antara data yang sesungguhnya terjadi pada objek penelitian dengan data yang dilaporkan oleh peneliti. Uji instrumen penting dilakukan untuk mengukur sah atau tidaknya suatu kuesioner dengan uji validitas. Suatu instrumen dikatakan *valid* apabila nilai *r pearson correlation* terhadap skor total di atas 0,30 dengan tingkat signifikansi di bawah $\leq 0,05$

Berdasarkan hasil uji didapatkan bahwa nilai Sig. (2-tailed) untuk tiap-tiap butir pertanyaan dalam instrumen bernilai $< 0,05$ dan Pearson Correlation bernilai positif. Hal ini menunjukkan bahwa seluruh butir-butir pernyataan dalam instrumen penelitian ini valid dan layak digunakan sebagai instrumen penelitian.

b) Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas bertujuan untuk menguji konsistensi jawaban responden. Suatu kuesioner dapat dikatakan reliabel apabila jawaban responden terhadap pernyataan atau pertanyaan konsisten dari waktu ke waktu. Pengujian reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan uji statistik *Cronbach's Alpha*. Sebuah variabel dikatakan reliabel apabila nilai dari *Cronbach's Alpha* masing-masing variabel lebih besar dari 0,60.

Tabel 3. Hasil Uji Reliabilitas

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.929	4

Sumber : Data Primer Diolah, 2021

Hasil uji reliabilitas yang disajikan dalam Tabel menunjukkan bahwa instrumen penelitian memiliki koefisien *Cronbach's Alpha* lebih dari 0,60. Jadi dapat dinyatakan bahwa seluruh variabel telah memenuhi syarat reliabilitas sehingga dapat digunakan untuk melakukan penelitian.

2. Analisis Statistik Deskriptif

Analisis statistik deskriptif digunakan untuk mengetahui gambaran umum mengenai variabel penelitian dengan cara mendeskripsikan data yang telah terkumpul dari hasil penyebaran kuesioner. Analisis statistik deskriptif memberikan gambaran suatu data yang dilihat dari nilai minimum, nilai maksimum, rata-rata (*mean*), dan standar deviasi atas jawaban responden dari setiap variabel.

Tabel 4. Hasil Uji Analisis Statistik Deskriptif

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pendidikan	100	6,00	16,00	11,9300	2,91723
Pendapatan	100	500000,00	9000000,00	3308000,00	1693924,37788
Jumlah Tanggungan	100	,00	7,00	3,0500	1,54642
Resiko Kesehatan	100	,00	8,00	2,5100	1,62366
Persepsi Kualitas Layanan Kesehatan	100	,00	5,00	3,6150	1,10806
Partisipasi Masyarakat Dalam Program Jaminan Kesehatan	100	,00	150000,00	87260,0000	43282,16559
Valid N (listwise)	100				

Sumber : Data Primer Diolah, 2021

Berdasarkan hasil uji statistik deskriptif pada Tabel 3 dapat dijelaskan beberapa hal berikut.

1) Variabel Pendidikan (X1)

Nilai minimum dan maksimum variabel pendidikan yaitu paling rendah sebesar 6 tahun dan paling tinggi sebesar 16 tahun. Nilai rata-rata untuk variabel pendidikan adalah sebesar 11,93 tahun. Nilai standar deviasi sebesar 2,917 yang menunjukkan bahwa nilai standar deviasi lebih rendah dibandingkan dengan nilai rata-ratanya. Hal ini berarti bahwa sebaran data terkait dengan pendidikan merata.

2) Variabel Pendapatan (X2)

Nilai minimum dan maksimum variabel jumlah tanggungan keluarga yaitu paling rendah sebesar Rp. 500.000 dan paling tinggi sebesar Rp. 9.000.000. Nilai rata-rata untuk variabel pendapatan adalah sebesar Rp. 3.308.000. Nilai standar deviasi sebesar 1.693.924 yang menunjukkan bahwa nilai standar deviasi lebih rendah dibandingkan dengan nilai rata-ratanya. Hal ini berarti bahwa sebaran data terkait dengan pendapatan sudah merata.

3) Variabel Jumlah Tanggungan Keluarga (X3)

Nilai minimum dan maksimum variabel jumlah tanggungan keluarga yaitu paling rendah sebesar 0 orang dan paling tinggi sebesar 7 orang. Nilai rata-rata untuk variabel jumlah tanggungan keluarga adalah sebesar 3,05 orang dan nilai standar deviasi sebesar 1,546. Hal ini berarti bahwa sebaran data terkait dengan jumlah tanggungan keluarga sudah merata.

4) Variabel Resiko Kesehatan (X4)

Nilai minimum dan maksimum variabel resiko kesehatan yaitu paling rendah sebesar 0 kali dan paling tinggi sebesar 8 kali. Nilai rata-rata untuk variabel resiko kesehatan adalah sebesar 2,51 kali. Nilai standar deviasi sebesar 1,623 yang menunjukkan bahwa nilai standar deviasi lebih rendah dibandingkan

dengan nilai rata-ratanya. Hal ini berarti bahwa sebaran data terkait dengan variabel resiko kesehatan sudah merata.

5) Variabel Persepsi Mengenai Kualitas Pelayanan Kesehatan (X5)

Nilai minimum dan maksimum variabel persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan yaitu paling rendah sebesar 0 skor dan paling tinggi sebesar 5 skor. Nilai rata-rata untuk variabel ini adalah sebesar 3,615 skor dan nilai standar deviasi sebesar 1,108. Nilai standar deviasi sebesar 1,108 yang menunjukkan bahwa nilai standar deviasi lebih rendah dibandingkan dengan nilai rata-ratanya. Hal ini berarti bahwa sebaran data terkait dengan persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan sudah merata.

6) Variabel Partisipasi Masyarakat Dalam Program Jaminan Kesehatan (Y)

Nilai minimum dan maksimum variabel partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan yaitu paling rendah sebesar Rp. 0 dan paling tinggi sebesar Rp. 150.000. Nilai rata-rata untuk variabel ini adalah sebesar Rp. 87.260 dan nilai standar deviasi sebesar 43.282. Nilai standar deviasi sebesar 43.282 yang menunjukkan bahwa nilai standar deviasi lebih rendah dibandingkan dengan nilai rata-ratanya. Hal ini berarti bahwa sebaran data terkait dengan partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan sudah merata.

3. Analisis Regresi Linier Berganda

Penelitian ini memiliki persamaan regresi yaitu pengaruh antara pendidikan (X1), pendapatan (X2), jumlah tanggungan keluarga (X3), resiko kesehatan (X4), dan persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan (X5) terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan (Y).

Tabel 5. Hasil Analisis Regresi Linier Berganda

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficient	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-26739,650	17217,902		-1,553	,124
	Pendidikan	568,191	1210,087	,038	,470	,640
	Pendapatan	,011	,002	,429	5,421	,000
	Jumlah Tanggungan	611,291	2162,370	,022	,283	,778
	Resiko Kesehatan	3053,260	2033,424	,115	1,502	,137
	Persepsi Kualitas Layanan Kesehatan	16993,878	3019,586	,435	5,628	,000

a. Dependent Variable: Partisipasi Masyarakat Dalam Program Jaminan Kesehatan

Sumber : Data Primer Diolah, 2021

Adapun hasil yang diperoleh:

$$Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + e_i$$

$$Y = 26283.681 + 568.191X_1 + .011X_2 + 611.291X_3 + 3053.260X_4 + 16993.878X_5$$

a) Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan untuk melakukan pengujian apakah dalam sebuah model regresi, seluruh mempunyai distribusi yang normal atau tidak. Untuk mengetahui distribusi data normal atau tidak, dapat dilakukan dengan menggunakan uji statistik

non-parametrik *Kolmogorov-Smirnov*. Data populasi dikatakan berdistribusi normal jika koefisien *Asymp. Sig (2-tailed)* lebih besar dari $\alpha = 0,05$.

Tabel 6. Hasil Uji Normalitas

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
		Unstandardized Residual
N		100
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000000
	Std. Deviation	31328,765570
		23
Most Extreme Differences	Absolute	,047
	Positive	,047
	Negative	-,046
Test Statistic		,047
Asymp. Sig. (2-tailed)		,200 ^{c,d}

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. This is a lower bound of the true significance.

Sumber : *Data Primer Diolah, 2021*

Pada hasil penelitian diperoleh nilai *Asymp Sig. (2-tailed)* sebesar $0,200 > 0,05$. Jadi dapat disimpulkan bahwa model uji telah memenuhi asumsi normalitas. Sehingga dapat disimpulkan bahwa data terdistribusi secara normal.

b) Uji Multikolinearitas

Uji multikolinearitas bertujuan untuk menguji apakah model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas. Model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi antar variabel bebas. Uji multikolinearitas dilakukan dengan cara melihat *tolerance value* dan *variance inflation factor (VIF)*. Apabila *tolerance value* lebih tinggi dari 10% atau *variance inflation factor (VIF)* lebih kecil daripada 10, maka dapat disimpulkan tidak terjadi multikolinearitas.

Tabel 7. Hasil Uji Multikolinearitas

		Coefficients ^a	
		Collinearity Statistics	
Model		Tolerance	VIF
1	Pendidikan	,838	1,193
	Pendapatan	,890	1,124
	Jumlah Tanggungan	,934	1,071
	Resiko Kesehatan	,958	1,044
	Persepsi Kualitas	,933	1,072
	Layanan Kesehatan		

a. Dependent Variable: Partisipasi Masyarakat Dalam Program Jaminan Kesehatan

Sumber : Data Primer Diolah, 2021

Hasil pengujian memperoleh nilai signifikansi *Uji tolerance* untuk pendidikan (X1) $0,838 > 0,10$, pendapatan (X2) $0,890 > 0,10$, jumlah tanggungan keluarga (X3) $0,934 > 0,10$, resiko kesehatan (X4) $0,958 > 0,10$, persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan (X5) $0,933 > 0,10$ dan Uji VIF untuk pendidikan $1,193 < 10$, pendapatan $1,124 < 10$, jumlah tanggungan keluarga $1,071 < 10$, resiko kesehatan $1,044 < 10$, persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan $1,072 < 10$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kolinearitas yang tinggi antar variabel bebas dalam penelitian ini.

c) Uji Heteroskedastisitas

Uji heteroskedastisitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan varian residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain. Jika varians dari residual satu pengamatan ke penamatan lainnya tetap, maka disebut homoskedastisitas atau tidak terjadi heteroskedastisitas. Uji heteroskedastisitas dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *Glejser* yaitu dengan meregresikan nilai absolut residual terhadap variabel bebas. Persamaan regresi dikatakan tidak mengandung heteroskedastisitas jika koefisien

parameter setiap variabel bebas tidak ada yang signifikan secara statistik dengan tingkat kesalahan (α) sebesar 5%.

Tabel 8. Hasil Uji Heteroskedastisitas

		Coefficients ^a				
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	19677,067	10161,316		1,936	,056
	Pendidikan	26,871	714,145	,004	,038	,970
	Pendapatan	-,001	,001	-,048	-,440	,661
	Jumlah Tanggungan	1109,887	1276,144	,092	,870	,387
	Resiko Kesehatan	1386,145	1200,046	,120	1,155	,251
	Persepsi Kualitas Layanan Kesehatan	-30,412	1782,039	-,002	-,017	,986

a. Dependent Variable: Abresid

Sumber : Data Primer Diolah, 2021

Hasil pengujian memperoleh nilai signifikansi *Uji Glejser* untuk pendidikan 0,970 > 0,05 , pendapatan 0,661 > 0,05 , jumlah tanggungan keluarga 0,387 > 0,05, resiko kesehatan 0,251 > 0,05, dan persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan 0,986 > 0,50 sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel bebas yang signifikan secara statistik tidak mempengaruhi variabel terikat, nilai *absolute* tidak terjadi heteroskedastisitas.

4. Uji Koefisien Regresi Secara Simultan (Uji-F)

Nilai Fhitung yang diperoleh dari hasil regresi dengan bantuan program *SPSS* kemudiandibandingkan dengan Ftabel. Nilai Fhitung yaitu sebesar 17,083 lebih besar dari Ftabel yaitu sebesar 2,31 dan tingkat signifikansi sebesar 0,000 lebih kecil dari 0,05, maka H0 ditolak dan H1 diterima. Hal tersebut berarti bahwa secara serempak pendidikan, pendapatan, jumlah tanggungan keluarga, resiko kesehatan, dan persepsi mengenai jumlah tanggungan keluarga berpengaruh signifikan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan.

5. Uji Koefisien Regresi Secara Parsial (Uji t)

Melalui uji statistik dengan program SPSS diperoleh hasil dari masing-masing variabel yaitu :

- a) Pengaruh pendidikan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan : Nilai thitung yang diperoleh dari hasil regresi dengan bantuan program *SPSS* kemudian dibandingkan dengan *t* tabel. Nilai thitung $0,470 < t_{\text{tabel}} 1,6605$ dan tingkat signifikansi sebesar $0,640 > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_1 ditolak. Hal tersebut berarti bahwa variabel pendidikan secara parsial berpengaruh positif dan namun tidak signifikan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan. Nilai β_1 sebesar 568,191 menunjukkan bahwa jika pendidikan (X_1) bertambah sebesar 1 tahun dan variabel bebas lainnya dianggap konstan maka partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan (Y) akan bertambah sebesar Rp 568,191.
- b) Pengaruh pendapatan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan : Nilai thitung yang diperoleh dari hasil regresi dengan bantuan program *SPSS* kemudian dibandingkan dengan *t* tabel. Nilai thitung $5,421 > t_{\text{tabel}} 1,66105$ dan tingkat signifikansi sebesar $0,000 < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima. Hal tersebut berarti bahwa variabel pendapatan secara parsial berpengaruh positif signifikan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan. Nilai β_2 sebesar 0,11 menunjukkan bahwa jika pendapatan (X_2) bertambah sebesar 1 rupiah dan variabel bebas lainnya dianggap konstan maka partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan (Y) akan bertambah sebesar Rp 0,11.
- d) Pengaruh jumlah tanggungan keluarga terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan : Nilai thitung yang diperoleh dari hasil

regresi dengan bantuan program *SPSS* kemudian dibandingkan dengan *t* tabel. Nilai *t* hitung $0,283 < t_{\text{tabel}} 1,66105$ dan tingkat signifikansi sebesar $0,778 > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_1 ditolak. Hal tersebut berarti bahwa variabel jumlah tanggungan keluarga secara parsial berpengaruh positif namun tidak signifikan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan. Nilai β_3 sebesar 611,291 menunjukkan bahwa jika jumlah tanggungan keluarga (X_3) bertambah sebesar 1 orang dan variabel bebas lainnya dianggap konstan maka partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan (Y) akan bertambah sebesar Rp 611,291.

- e) Pengaruh resiko kesehatan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan : Nilai *t* hitung yang diperoleh dari hasil regresi dengan bantuan program *SPSS* kemudian dibandingkan dengan *t* tabel. Nilai *t* hitung $1,502 < t_{\text{tabel}} 1,66105$ dan tingkat signifikansi sebesar $0,137 > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_1 ditolak. Hal tersebut berarti bahwa variabel resiko kesehatan secara parsial berpengaruh positif namun tidak signifikan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan. Nilai β_4 sebesar 3.058,260 menunjukkan bahwa jika resiko kesehatan (X_4) bertambah sebesar 1 kali dan variabel bebas lainnya dianggap konstan maka partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan (Y) akan bertambah sebesar Rp 3.058,260.
- f) Pengaruh persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan : Nilai *t* hitung yang diperoleh dari hasil regresi dengan bantuan program *SPSS* kemudian dibandingkan dengan *t* tabel. Nilai *t* hitung $5,628 > t_{\text{tabel}} 1,66105$ dan tingkat signifikansi sebesar $0,000 < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima. Hal tersebut berarti bahwa variabel persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan secara parsial berpengaruh positif signifikan terhadap partisipasi

masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan. Nilai β_5 sebesar 16.993,878 menunjukkan bahwa jika persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan (X5) bertambah sebesar 1 frekuensi dan variabel bebas lainnya dianggap konstan maka partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan (Y) akan bertambah sebesar Rp. 16.993,878.

5. Analisis Koefisien Determinasi (R^2)

Analisis koefisien determinasi bertujuan untuk menilaipengaruh besarnya variabel independen dapat menjelaskan variabel dependen maka perlu diketahui nilai koefisien determinan (*Adjusted R Square*).

Tabel 9. Hasil Uji Analisis Koefisien Determinasi

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,690 ^a	,476	,448	32151,18271

a. Predictors: (Constant), Persepsi Kualitas Layanan Kesehatan, Jumlah Tanggungan, Pendapatan, Resiko Kesehatan, Pendidikan

b. Dependent Variable: Partisipasi Masyarakat Dalam Program Jaminan Kesehatan

Sumber : Data Primer Diolah, 2021

Berdasarkan hasil output data *SPSS*, diperoleh hasil untuk analisis koefisien determinasi diperoleh nilai *AjustedR²* yang diperoleh dari hasil pengujian adalah 0,448. Ini berarti perubahan yang terjadi pada partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan dipengaruhi oleh pendidikan, pendapatan, jumlah tanggungan keluarga, resiko kesehatan, dan persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan sebesar 44,8% sedangkan sisanya 55,2% dijelaskan oleh faktor lain yang tidak dimasukkan dalam uji penelitian ini.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan, maka kesimpulan yang diperoleh yaitu :

1. Pendidikan, pendapatan, jumlah tanggungan keluarga, resiko kesehatan, dan persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan secara simultan berpengaruh signifikan terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan.
2. Pendapatan dan persepsi mengenai kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh positif dan signifikan secara parsial terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan
3. Pendidikan, jumlah tanggungan keluarga, dan resiko kesehatan berpengaruh positif namun tidak signifikan secara parsial terhadap partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan.

Berdasarkan hasil penelitian dan simpulan mengenai partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan di Kabupaten Tabanan, adapun saran yang penulis berikan yaitu :

1. Pemerintah Kabupaten Tabanan khususnya Dinas Kesehatan sebaiknya memperhatikan kualitas fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat agar masyarakat yang memanfaatkan fasilitas-fasilitas kesehatan tersebut merasa nyaman dan aman saat berkunjung dan berobat.
2. Pemerintah Kabupaten Tabanan sebaiknya mengencarkan kegiatan sosialisasi terkait dengan resiko kesehatan kepada masyarakat yang bertujuan untuk menjelaskan mengenai pentingnya pembiayaan kesehatan masyarakat sebagai bentuk menanggulangi resiko kesehatan yang mungkin saja dialami di masa yang akan datang.
3. Pemerintah Kabupaten Tabanan sebaiknya melakukan penyuluhan kepada masyarakat terkait dengan edukasi mengenai kemanfaatan BPJS Kesehatan

agar masyarakat memiliki kesadaran seberapa besar pentingnya berpartisipasi dalam program jaminan kesehatan sebagai bentuk dalam menanggulangi resiko kesehatan yang ada.

REFERENSI

- Abadi, dkk. (2019). Analisis Kepesertaan Mandiri BPJS Kesehatan Di Sektor Informal (Studi Di Kota Makassar). *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*. 5(2), hal. 114-124.
- Abnur, Asman. (2015). Analysis on BPJS Kesehatan from Various Disciplines. *Global Review of Islamic Economics and Business*, 2:3, pp. 159-171.
- Ahlin, Tanja et al (2016). Health insurance in India: what do we know and why is ethnographic research needed. *Anthropology & Medicine*, 23:1, pp. 102-124.
- Aryani, M., Muqorrobin, M. 2013. Determinan Willingness to Pay (WTP) Iuran Peserta BPJS Kesehatan. *Jurnal Ekonomi dan Studi Pembangunan*, 14(1): 44-57.
- Ayu Sabrina, Izky Ova dan Arka, Sudarsana. (2019). Efektivitas Pelayanan Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Kota Denpasar. *Piramida*, 15(2), hal. 193-212.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2020). *Seputar BPJS Kesehatan* website : <https://bpjskesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/eac4e7a830f58b4ade926754f74b6caf.pdf>.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Bali. (2019). Persentase Penduduk Yang Memiliki Jaminan Kesehatan Menurut Jenis Jaminan Menurut Kab/Kota di Bali 2018. BPS Provinsi Bali.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Bali. (2020). Angka Partisipasi Kasar (APK) Provinsi Bali menurut Jenjang Pendidikan dan Kabupaten Kota. Badan Pusat Statistik Provinsi Bali.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Bali. (2020). Gini Ratio Provinsi Bali Menurut Kabupaten/Kota. Badan Pusat Statistik Provinsi Bali.
- Bariska, Hanif Fikri dan Rofiatin, Umi. (2018). Pola Willingness To Pay (WTP) Dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terhadap Pilihan Sayur Organik dan Anorganik Masyarakat Kota Malang. *Jurnal OPTIMA*, 2(1), hal. 18-26.

- Barnech, Andrew J and Hanoch Yaniv. (2017). Knowledge and understanding of health insurance: challenges and remedies. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6:40, pp. 1-3.
- Basuki, dkk. (2016). Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan di Kota Semarang . *Diponegoro Journal Of Social And Political Of Science*, 5(4), hal. 221-230.
- Bhestari, Intan Yuli, dkk. (2016). Analisis Pengaruh Faktor Sosial Demografi Terhadap Intensitas Penggunaan Jaminan Kesehatan Bali Mandara Di Kabupaten Buleleng. *Piramida*, 12(1), hal. 29-37.
- Budi Setiyawan, Febri Endra. (2015). Sistem Pembiayaan Kesehatan. *Jurnal Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Keluarga*, 11(2), hal. 119-126.
- Dewi Ardhiyanti, Ni Luh Putu. (2016). Trend Angka Morbiditas di Provinsi Bali. *Jurnal Ekonomi Kuantitatif Terapan*, 9(2), hal. 108-125.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan. (2020). Peserta JKN Kabupaten Tabanan Per 31 Desember 2019. Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan.
- Eskawati et al. (2017). Implementation of the Referral System Policy in the National Health Insurance Scheme at Community Health Centers, Ngawi District, East Java . *Journal of Health Policy and Management*, 2:2, pp. 104-113.
- Ezzatabadi, Ranjbar et al. (2018). Socio-economic inequalities in health services utilization: a cross sectional study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31:1, pp. 3-10.
- Fahriati, Andriyani Rahmah. (2018). National Health Insurance, Profitability and Service Quality : Case Study at the Private Hospital in West Java. *Etikonomi. Jurnal Ekonomi*, 17:1, pp. 153-160.
- Faturahman, B. M. (2018). Aktualisasi Nilai Demokrasi dalam Perekrutan dan Penjaringan Perangkat Desa. *Sospol*, 4(1), hal. 132-148.
- Gustaman, Rian A and Bachtiar, Kamiel R. (2018). Analysis of Health Service Payment Utilization in National Health Insurance (JKN) by Premium-Aid-Recipient (PBI) Insurers. *Unnes Journal of Public Health*, 7:1, pp. 63-69.

- Hanum, Nurlaila. (2018). Pengaruh Pendapatan, Jumlah Tanggungan Keluarga Dan Pendidikan Terhadap Pola Konsumsi Rumah Tangga Nelayan Di Desa Seuneubok Rambong Aceh Timur. *Jurnal Samudra Ekonomika*, 2(1), hal. 75-84.
- Hardiani, dkk. (2017). Determinan Sosial Ekonomi Pengeluaran Rumah Tangga UntukKebutuhan Preventif Kesehatan Di Provinsi Jambi. *Piramida*, 13(2), hal. 61-68.
- Harding, Rose L et al. (2017). Maintaining public health insurance benefits: How primary care clinics help keep low-income patients insured. *Patient Experience Journal*, 4:3, pp. 61-69.
- Irawan, Andri. (2019). Model Partisipasi Masyarakat Dalam Program Kampung Siaga Aktif di Kampung Salor Indah Distrik Kurik Kabupaten Merauke. *Jurnal Sospol*, 5(1), hal. 40-60.
- John C, Whitehead et al. (2009). Willingnes to Pay For Agricultural Research and Extension Programs. *Journal of Agricultural and Applied Economic*, 33:1, pp. 91-101.
- Khariza, Hubaib Alif. (2015). Program Jaminan Kesehatan Nasional: Studi Deskriptif Tentang Faktor-Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. *Kebijakan dan Manajemen Publik*, 3(1), hal. 1-7.
- Kurniawan, Arif dan Intiasari, Arih Diyaning. (2012) . Kebutuhan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Wilayah Pedesaan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* 2012, 7(1), hal. 3-7.
- Kurniawan, Jarot. (2016). Dilema Pendidikan dan Pendapatan di Kabupaten Grobogan. *Jurnal Ekonomi Kuantitatif Terapan*, 9(1), hal. 59-67.
- Kurniawati, Wahyu et al (2018). Identifikasi Penyebab Rendahnya Kepesertaan JKN Pada Sektor Informal Di Kawasan Pedesaan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(1), hal. 33-39.
- Kusumaningrum, Andita & Azinar, M. (2018). Kepesertaan Masyarakat Dalam Jaminan Kesehatan Nasional Secara Mandiri. *Hiegea Journal Of Public Health Research And Development*, 2(1), hal. 149-160.

- Lestari, Fika Hardini and Djamaludin MD. (2017). Perception and Motivation of National Health Insurance Program Participation in Bogor. *Journal of ConsumerSciences*, 2:1, pp. 39-50.
- Lestari. Wardiyah Puji. (2016). Analisis Faktor - faktor yang Mempengaruhi Konsumsi Rumah Tangga PNS Guru SD di Kecamatan Kota Anyar Kabupaten Probolinggo. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa FEB*, 4(2), hal. 1-11.
- Madhukumar, Suwarna et al. (2012). Awareness and perception regarding health insurance in Bangalore rural population. *International Journal of Medicine and Public health*, 2:2, pp. 18-22.
- Manuati Dewi, I Gusti Ayu. (2015). Pengaruh Pendapatan Pada Konsumsi di Indonesia: Pengembangan Model Teoritis dan Pemilihan Model Empiris. *Jurnal Ekonomi Kuantitatif Terapan*, 8(1), hal. 24-33.
- Moore, Kellan S and Irons, Thomas G. (2015). The Importance of Health Insurance and the Safety Net in Rurar Communities. *NC Medical Journal*, 76:1, pp. 50-53.
- Nisa, Choirun and Sari, Intan Nina. (2019). Social Health Insurance Literacy: Lesson Learned From Social Insurance For Maternity Care By National Health Insurance Programme. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7:1, pp. 25-32.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT Rieneke Cipta.
- Pemerintah Kabupaten Tabanan. (2020). Profil Kabupaten Tabanan 2018 website:[http://sippa.ciptakarya.pu.go.id/sippa_online/ws_file/dokumen/rpi2jm/DOCRPIJM_1536548764Bab_2-Profil_KabKota_\(tbn\)_2018.pdf](http://sippa.ciptakarya.pu.go.id/sippa_online/ws_file/dokumen/rpi2jm/DOCRPIJM_1536548764Bab_2-Profil_KabKota_(tbn)_2018.pdf).
- Pangestika, V. (2017). Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kepesertaan Sektor Informal dalam BPJS Kesehatan Mandiri Di Kelurahan Poncol, Kecamatan Pekalongan Timur, Kota Pekalongan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(3), hal.39-48.
- Puspitasari, Y. 2017. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Pekerja Bukan Penerima Upah di Desa

Kasiyan Timur Wilayah Kerja Puskesmas Kasiyan Kabupaten Jember Tahun 2016. Skripsi. Jember: Universitas Jember

- Purwanto, Agung dkk. (2018). Pengaruh Jumlah Tanggungan Terhadap Tingkat Kesejahteraan Ekonomi Keluarga Pekerja K3L Universitas Padjajaran. *Jurnal Pekerjaan Sosial*, 1(2), hal. 33-43.
- Putra, Putu Indra Perdana dan Yadnya, I Putu. (2018). Analisis Sektor Unggulan Perekonomian di Kabupaten/ Kota Denpasar, Badung, Gianyar, dan Tabanan. *Jurnal Manajemen Unud*, 7(10), hal. 5657-5685.
- Putro, Gurendro & Barida, Iram. (2017) Manajemen Peningkatan Kepesertaan dalam Jaminan Kesehatan Nasional pada Kelompok Nelayan Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI). *Media Litbangkes*, 27(1), hal.17-24.
- Rahayu, Shabrina Umi dan Tisnawati, Ni Made. (2014). Analisis Pendapatan Keluarga Wanita Single Parent (Studi Kasus Kelurahan Sesetan, Kecamatan Denpasar Selatan, Kota Denpasar). *Jurnal Ekonomi Kuantitatif Terapan*, 7(2), hal. 83-89.
- Ramadhana, F.H. and Amir, H. (2015). *Persepsi Pengusaha dan Pekerja UMKM terhadap Program Jaminan Sosial Nasional*. Kementerian Keuangan. [e-journal]pp.1–25website:<https://www.kemenkeu.go.id/sites/default/files/persepsi%20pengusaha%20dan%20pekerja%20umkm.pdf>.
- Riskesdas Provinsi Bali. (2020). Profil Kesehatan Kabupaten Tabanan 2018. Dinas Kesehatan Provinsi Bali.
- Seran, Sirilius. (2017). Hubungan Antara Pendidikan, Pengangguran, Dan Pertumbuhan Ekonomi Dengan Kemiskinan. *Jurnal Ekonomi Kuantitatif Terapan*, 10(1), hal. 59-71.
- Setiyono, Budi. (2018). Perlunya Revitalisasi Kebijakan Jaminan Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Ilmu Politik*, 9(2), hal. 38-60.
- Shrestha, Ranjan. (2020). Health Insurance for the Poor, Health Care Utilisation and Health Outcomes in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 52:2, pp. 19-21.

- S, S., Shaluhyah, Z., & Patriajati, S. (2016). Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kemauan Masyarakat Menjadi Peserta JPKM Mandiri di Wilayah Kota Salatiga. doi: 10.14710/jpki.9.1.90-103
- Sugiarto. (2005). *Ekonomi Mikro Sebuah Kajian Komprehensif*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Sugiyono. (2012). *Metodologi Penelitian Bisnis*. Bandung: CV. Alfabeta.
- _____. (2013). *Metodologi Penelitian Bisnis*. Bandung: CV. Alfabeta.
- _____. (2017). *Metodologi Penelitian Bisnis*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Sukirno, Sadono. (2004). *Makroekonomi Teori Pengantar*. PT. Raja Grafindo Persada: Jakarta.
- _____. (2015). *Mikroekonomi Teori Pengantar*. PT. Raja Grafindo Persada: Jakarta.
- Suprianto, Arip dan Mutiarin Dyah. (2017). Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Tentang Hubungan Stakeholder, Model Pembiayaan dan Outcome JKN di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta). *Journal of Governance And Public Policy*, 4(1), hal. 71-107.
- Utama, , Made Suyana. (2016). *Buku Ajar Aplikasi Analisis Kuantitatif*. Denpasar : CV. Sastra Utama
- Utama, Resa Surya dan Handayani, Dwini. (2020). Pekerja Anak Di Indonesia : Peran Penawaran Dan Permintaan Ketenagakerjaan. *Jurnal Ekonomi Kuantitatif Terapan*, 13(1), hal. 145-157.
- Utomo, Ariane J and Qibthiyah, Riatu. (2016). Family Matters: Demographic Change and Social Spending in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 52:2, pp.133-159.
- Vidyattama, Yogi, et al. (2014). The Role of Health Insurance Membership in Health Service Utilisation in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 50:3, pp.393-413.

- Werdani, K.E, dkk. (2013). Keikutsertaan Kepala Keluarga Desa Tegalsari Ponorogo dalam Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, , hal. 85-91.
- Wijaya, Farid. (1999). *Seri Pengantar Ekonomika Ekonomika Mikro*. Yogyakarta: BPF.
- Wirawan, Nata. (2017). *Statistika Ekonomi dan Bisnis (Statistika Inferensia)*. Denpasar: Keraras Emas.
- Wiseman, Viginia et al. (2018). An evaluation of health systems equity in Indonesia: study protocol. *International Journal for Equity in Health*, 17:138, pp. 1-9.