

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Konsep Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pertama kali dicetuskan di Inggris pada tahun 1911 (yang didasarkan pada mekanisme jaminan kesehatan sosial yang pertama kali diselenggarakan di Jerman tahun 1883). Setelah itu banyak negara lain menyelenggarakan JKN seperti Kanada (1961), Taiwan (1995), Filipina (1997) , dan Korea Selatan (2000) (World Bank, 2007).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang kepesertaannya bersifat wajib (*mandatory*).

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan sebuah Sistem Jaminan Sosial yang diberlakukan di Indonesia. Jaminan Sosial ini merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh Negara Republik Indonesia guna menjamin warga negaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana dalam Deklarasi PBB tentang Hak Asasi Manusia (HAM) tahun 1948 dan konvensi ILO No. 102 tahun 1952 (Kemenkes RI, 2012).

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative (Kemenkes RI, 2012).

Jaminan Kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2012).

Peserta Jaminan Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia. Peserta Jaminan Kesehatan Non PBI merupakan peserta yang tidak masuk dalam golongan fakir miskin dan orang tidak mampu, meliputi pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, bukan pekerja dan anggota keluarganya. Peserta Non PBI Mandiri meliputi pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja. Yang dimaksud dengan pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, sedangkan yang dimaksud dengan bukan pekerja adalah setiap orang yang tidak bekerja tetapi

mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan secara mandiri (Perpres RI, 2013).

Capaian penduduk yang memiliki Jaminan Kesehatan di Indonesia tahun 2012 mencapai 64,58% dan targetnya adalah 80,10%. Untuk wilayah Jawa Tengah dengan jumlah penduduk 32.382.657, capaian penduduk yang memiliki Jaminan Kesehatan adalah sebesar 17.097.750 (52,8%) dengan rincian Jamkesmas 14.150.983, Askes Sosial 2.047.571, TNI/POLRI 681.223, Integrasi Jamkesda 43.504 (Dinkes, 2014).

Kota Surakarta merupakan salah satu kota yang ada di Jawa Tengah dengan jumlah penduduk sebanyak 545.653 jiwa, terdiri dari 266.724 jiwa laki-laki dan 278.929 jiwa perempuan. Penduduk ini tersebar di lima kecamatan yaitu Kecamatan Laweyan, Kecamatan Serengan, Kecamatan Pasar Kliwon, Kecamatan Jebres, dan Kecamatan Banjarsari. Keadaan demografi distribusi kepala keluarga menurut jenis pekerjaan tertinggi adalah karyawan swasta sebesar 63,49%, sedangkan untuk jenis pendidikan tertinggi adalah lulusan SLTA/ sederajat sebesar 39,66%, diikuti oleh tamatan SD/ sederajat 19,44% (Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Surakarta, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Djuhaeni (2010), tentang Potensi Partisipasi Masyarakat Menuju Pelaksanaan Jaminan Kesehatan dalam Rangka *Universal Coverage* Di Kota Bandung, menunjukkan bahwa sebagian besar (94.4%) responden belum memiliki tabungan kesehatan. Selanjutnya, 87.1% responden

menyatakan mau ikut asuransi kesehatan dengan pelayanan kesehatan lengkap sampai ke tingkat rumah sakit. Sebagian besar (93.3%) responden menginginkan besaran premi asuransi kesehatan sebesar maksimal Rp 25.000/ bulan/ orang. Dapat disimpulkan bahwa terdapat potensi partisipasi masyarakat informal dalam menyisihkan dana untuk jaminan kesehatan, sehingga kebijakan pelayanan kesehatan bagi kelompok ini perlu dikaji ulang.

Karakteristik merupakan ciri-ciri individu yang terdiri dari demografi seperti jenis kelamin, umur serta status sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, ras, status ekonomi, dan sebagainya (Boeree, 2008). Karakteristik peserta jaminan kesehatan non PBI mandiri yang tercatat di BPJS Kesehatan Surakarta meliputi Tempat Lahir, Usia, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Alamat (Kelurahan dan Kecamatan), Kelas/ Tingkat Fasilitas Kesehatan, Kepemilikan No.Paspor, Kepemilikan No.Polis Asuransi Kesehatan, Nama Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Nama Fasilitas Kesehatan Dokter Gigi.

Berdasarkan pengamatan, permasalahan yang terjadi pada aspek kepesertaan saat ini, yaitu belum semua penduduk dicakup jaminan kesehatan, data kepesertaan jaminan kesehatan secara keseluruhan belum terintegrasi, dan pemahaman masyarakat tentang jaminan kesehatan masih sangat beragam. Target kedepan sesuai dengan Pasal 4 Undang-Undang SJSN yaitu semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta Jaminan Kesehatan.

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka peneliti berkeinginan untuk melakukan penelitian tentang Studi Deskriptif Karakteristik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Non PBI Mandiri Kota Surakarta di BPJS Kesehatan Surakarta.

Dari survei pendahuluan yang dilakukan di BPJS Kesehatan Surakarta pada bulan April 2014, ternyata sampai dengan saat ini belum dilakukan analisis karakteristik kepesertaan. Manfaat dari analisis tersebut diantaranya memberikan input capaian tinggi rendahnya kepesertaan Jaminan Kesehatan Non PBI Mandiri Kota Surakarta dan membantu dalam pencapaian target kepesertaan Jaminan Kesehatan.

Standarisasi target capaian kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Non PBI Mandiri Kota Surakarta yaitu 6000 jiwa, dengan jumlah peserta yang tercatat di BPJS Kesehatan Surakarta sampai dengan bulan Mei 2014 yaitu sebanyak 1684 jiwa.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut “Bagaimana Gambaran Karakteristik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Non PBI Mandiri Kota Surakarta yang tercatat di BPJS Kesehatan Surakarta.”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran karakteristik peserta Jaminan Kesehatan Nasional Non PBI Mandiri Kota Surakarta yang tercatat di BPJS Kesehatan Surakarta dengan menggunakan studi deskriptif.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik peserta Jaminan Kesehatan Nasional Non PBI Mandiri Kota Surakarta yang tercatat di BPJS Kesehatan Surakarta, meliputi Tempat Lahir, Usia, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Alamat (Kelurahan dan Kecamatan), Kelas/ Tingkat Fasilitas Kesehatan, Kepemilikan Pasport, Kepemilikan Polis Asuransi Kesehatan, Nama Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Nama Fasilitas Kesehatan Dokter gigi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi BPJS Kesehatan Surakarta

- a. Memberikan sumbangan pemikiran bagi Kantor BPJS yang bersangkutan dalam hubungannya dengan analisis karakteristik peserta Jaminan Kesehatan Nasional.
- b. Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Non PBI Mandiri.

2. Bagi Peneliti lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai referensi bagi penelitian-penelitian mendatang yang berkaitan dengan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).