BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tahun 2005, pemerintah meluncurkan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang dikenal dengan nama program Asuransi Kesehatan Miskin (Askeskin). Program ini merupakan bantuan sosial yang diselenggarakan dalam skema asuransi kesehatan sosial. Setelah dilakukan evaluasi dan dalam rangka efisiensi dan efektivitas, maka pada tahun 2008 dilakukan perubahan dalam sistem penyelenggaraannya. Perubahan pengelolaan program tersebut adalah dengan pemisahan fungsi pengelola dengan fungsi pembayaran yang didukung dengan penempatan tenaga verifikasi di setiap Rumah Sakit. Program Askeskin kemudian berubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang sekarang dikenal dengan nama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan dikelola oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS).

Menurut Deklarasi Perserikatan bangsa-Bangsa tahun 1948 tentang Hak Asasi Manusia, pasca perang Dunia II beberapa Negara mengambil inisiatif untuk mengembangkan jaminan sosial, antara lain jaminan kesehatan kesehatan bagi semua penduduk (*Universal Health Coverage)*. Dalam sidang ke 58 tahun 2005 di jenewa, *World Health Assembly* (WHA) menggaris bawahi perlunya

STIKES BETHESDA YAKKUM

pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin tersedianya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada masyarakat terhadap resiko keuangan. WHA ke-58 mengeluarkan resolusi yang menyatakan, pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan melalui *Universal Health Coverage* diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial. WHA juga menyarankan kepada WHO agar mendorong negara-negara anggota untuk mengevaluasi dampak perubahan sistem pembiayaan kesehatan terhadap pelayanan kesehatan ketika negara-negara bergerak menuju *Universal Health Coverage* (Kemenkes RI, 2013).

Mexico, Afrika Selatan, Thailand, dan Indonesia, merupakan beberapa di antara negara yang sedang mencoba mengimplementasikan pelayanan kesehatan universal (Murti, 2010). Indonesia merupakan salah satu negara yang sedang dalam masa transisi menuju sistem pelayanan kesehatan universal. Implementasi sistem pelayanan kesehatan universal bervariasi di berbagai negara, tergantung pada sejauh mana keterlibatan pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan. Dengan perkecualian AS, di banyak negara maju atau kaya, misalnya Inggris, Spanyol, Italia, negara-negara Nordik/ Skandinavia, Kanada, Jepang, Kuwait, Bahrain, dan Brunei, pemerintah memiliki keterlibatan tinggi dalam menyediakan pelayanan kesehatan.

STIKES BETHESDA YAKKUM

Akses pelayanan kesehatan berdasarkan hak warga, bukan berdasarkan pembelian asuransi. Pemerintah membiayai pelayanan kesehatan dengan menggunakan dana anggaran pemerintah yang berasal dari pajak umum. Sejumlah negara lainnya seperti Jerman, Belanda, dan Perancis, menerapkan sistem penyediaan pelayanan kesehatan yang lebih pluralistik, berdasarkan asuransi sosial wajib ataupun asuransi swasta (Murti, 2010).

Di Indonesia, falsafah dan dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 juga mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak Asasi tercantum dalam UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, dan diatur dalam UU No. 23/1992 tentang Kesehatan yang kemudian diganti dengan UU No. 36/2009 tentang Kesehatan 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. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial (Kemenkes RI, 2013).

Usaha pelaksanaan jaminan kesehatan sosial sesungguhnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan

STIKES BETHESDA YAKKUM

Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Tetapi skema-skema tersebut masih terfragmentasi, sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali. Mengatasi jaminan kesehatan sosial yang pembiayaan dan pelayanannya sulit terkendali , pada 2004 dikeluarkan Undang-Undang No. 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam UU 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Kemenkes RI, 2013). Sampai dengan pertengahan tahun 2013 masyarakat Indonesia yang telah memiliki jaminan kesehatan sebanyak 176.844.161 jiwa (72 %) yang terdiri dari Jamkesmas 86.400.000 (36,3 %), Jamkesda 45.595.520 (16,79 %), perusahaan yang menjaminkan karyawannya sendiri 16.923.644 (07,12 %), Askes PNS 16.548.283 (06,69 %), JPK Jamsostek 7.026.440 (02,96 %), asuransi komersil 2.937.627 (01,2 %), TNI/POLRI/PNS KEMHAM 1.412.647 (00,59 %) (Kemenkes RI, 2013).

Awal tahun 2014, BPJS Kesehatan sudah mulai beroperasi. Pentahapan kepesertaan Jaminan Kesehatan dalam SJSN dimulai dengan dilakukan pengalihan peserta JPK Jamsostek, Jamkesmas, Askes PNS, TNI/Polri, ke BPJS Kesehatan. Selama kurun waktu 2014-2018, dilakukan perluasan peserta pada usaha besar, sedang, kecil dan mikro secara bertahap. Tahun 2019, ditargetkan seluruh penduduk Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan (Kemenkes RI, 2013).

STIKES BETHESDA YAKKUM

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) adalah kota yang menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sesuai data DJSN jumlah peserta JKN di DIY sampai dengan 31 Agustus 2015 tercatat sebanyak 2.456.144 jiwa atau 66,75 persen dari jumlah penduduk DIY. Sehingga jika dibandingkan kondisi Desember 2014 yang mencapai 2.283.040 jiwa, cakupan kepesertaan JKN di DIY mengalami pertumbuhan sebesar 7,04 persen (Hakim, 2015). DIY diketahui memiliki banyak Dusun, salah satunya Dusun Pogung Lor. Dusun Pogung Lor merupakan sebuah pedukuhan di desa Sinduadi Kecamatan Mlati kota Yogyakarta. Secara keseluruhan luas wilayahnya terbagi atas 3 RW yaitu RW 46 yang terdiri dari RT 1-6, RW 47 terdiri dari RT 7-9, dan RW 48 terdiri dari RT 10-13, dengan jumlah penduduk 2410 jiwa atau 505 kepala keluarga serta memiliki karakteristik status ekonomi menengah ke atas, tetapi ada juga warga yang memiliki status ekonomi rendah. Pogung Lor menjadi pilihan peneliti sebagai lokasi penelitian dengan alasan lokasi tersebut cukup strategis dengan Fasilitas Kesehatan (Faskes) tingkat pertama bagi peserta JKN, seperti Puskesmas Mlati 1 dan Rumah sakit dr. Sardjito.

Hasil wawancara singkat yang dilakukan peneliti kepada salah satu kader dusun Pogung Lor yaitu kader Pembantu Pembina Keluarga Berencana Desa (PPKBD) didapatkan informasi bahwa belum semua warga dusun Pogung Lor menggunakan JKN atau BPJS. Menurut Dukuh Dusun Pogung Lor (2015) jumlah penduduk yang melaporkan diri menggunakan BPJS Kesehatan ke kantor pedukuhan Pogung Lor sebanyak 117 orang dan yang tidak memiliki

STIKES BETHESDA YAKKUM

jaminan kesehatan sebanyak 14 orang. Menurut Staf Tata Usaha Jamkesda Sleman (2016) jumlah penduduk dusun Pogung Lor yang menggunakan Jamkesda sebanyak 53 orang. Beberapa warga dusun Pogung Lor masih menggunakan Jamkesda dengan alasan pembayaran iuran yang lebih murah atau gratis, tetapi menurut Widiyanto (2015) Jamkesda Yogyakarta hanya berlaku hingga 2016.

Sistem pendanaan JKN bersumber dari iuran yaitu sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan). Sistem pembayaran iuran JKN dilakukan setiap bulan, sedangkan Jamskesda sistem pembayarannya dilakukan satu kali dalam satu tahun, sehingga lebih ringan dan murah bagi peserta yang berstatus ekonomi rendah dan menengah, minat masyarakat terhadap Jamkesda tersebut dapat menjadi kendala bagi pemerintah terkait untuk menyelesaikan program pemerataan JKN. Menurut hasil penelitian yang dilakukan Rohmawati (2014) terdapat hubungan bermakna antara pendidikan, penghasilan dengan pemilihan jenis atau kelas iuran JKN. Pendidikan dan penghasilan tersebut merupakan indikator dari status ekonomi, dengan demikian fokus penelitian ini terfokus pada warga dusun Pogung Lor. Sesuai permasalahan tersebut menarik bagi peneliti untuk mengetahui hubungan status ekonomi dengan minat pemanfaatan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada kepala keluarga Dusun Pogung Lor Sinduadi Mlati Sleman Yogyakarta Tahun 2016.

STIKES BETHESDA YAKKUM

B. Rumusan Masalah

Sesuai latar belakang masalah penelitian, maka rumusan masalah yang dibuat adalah apakah ada hubungan antara status ekonomi dengan minat pemanfaatan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada kepala keluarga Dusun Pogung Lor Sinduadi Mlati Sleman Yogyakarta Tahun 2016?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara status ekonomi dengan minat pemanfaatan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada kepala keluarga di Dusun Pogung Lor Sinduadi Mlati Sleman Yogyakarta Tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

   a. Untuk mengetahui karakteristik kepala keluarga, jenis kelamin, usia responden, dan jenis jaminan kesehatan responden di Dusun Pogung Lor Sinduadi Mlati Sleman Yogyakarta.

   b. Untuk mengetahui gambaran status ekonomi pada kepala keluarga di Dusun Pogung Lor Sinduadi Mlati Sleman Yogyakarta.

   c. Untuk mengetahui minat pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada kepala keluarga di Dusun Pogung Lor Sinduadi Mlati Sleman Yogyakarta.

   d. Untuk mengetahui hubungan status ekonomi dengan minat pemanfaatan program Jaminan Kesehatan Kesehatan (JKN) pada

STIKES BETHESDA YAKKUM

kepala keluarga Dusun Pogung Lor Sinduadi Mlati Sleman Yogyakarta.

e. Untuk mengetahui keeratan antara status ekonomi dengan minat pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada kepala keluarga Dusun Pogung Lor Sinduadi Mlati Sleman Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

   Memberikan gambaran tentang minat pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) agar masyarakat dapat menjadi peserta dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat Nasional sesuai instruksi pemerintah.

2. Bagi Institusi STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta

   Hasil penelitian ini dapat dijadikan literatur penelitian dengan topik Jaminan Kesehatan Nasional.

3. Bagi Peneliti Lain

   Penelitian ini dapat dijadikan referensi agar dapat dimanfaatkan sebagai bahan acuan dalam pembuatan penelitian selanjutnya terkait status ekonomi dan Jaminan Kesehatan Nasional.

STIKES BETHESDA YAKKUM

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

No	Peneliti/Tahun	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Desy Rohmawati/ Tahun 2014	Hubungan Pengetahuan Sikap dan Sosial Ekonomi dengan Pemilihan Jenis Iuran Keikutsertaan JKN Mandiri pada Wilayah Cakupan JKN Tertinggi di Surakarta.	Jenis penelitian ini menggunakan studi *observasional* dengan pendekatan *cross sectional*	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pendidikan dengan pemilihan jenis iuran, ada hubungan antara pendapatan dengan pemilihan jenis iuran, tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan pemilihan jenis iuran, tidak ada hubungan antara sikap dengan pemilihan jenis	Perbedaan dengan penelitian ini yaitu lokasi dan responden penelitian. Lokasi penelitian ini terletak di Kota Surakarta, sedangkan peneliti di Kota Yogyakarta. Responden pada penelitian ini adalah peserta jaminan kesehatan non PBI (mandiri) di Surakarta,

STIKES BETHESDA YAKKUM

				iuran, tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pemilihan jenis iuran.	sedangkan responden peneliti adalah kepala keluarga Dusun Pogung Lor Yogyakarta.
2.	Fauziah Abdullah Ali, G. D. Kandou, dan J. M. L, Umboh / Tahun 2014	Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Siko dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate.	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif melalui wawancara selanjutnya dianalisis dengan memakai metode analisis isi (*content analysis*).	Hasil dari penelitian ini adalah menunjukkan bahwa pemahaman petugas tentang kebijakan sistem rujukan masih tergolong kurang baik, ketersediaan obat-obatan dan bahan habis pakai dalam kategori cukup baik, ketersediaan fasilitas dan alat kesehatan	Perbedaan dengan penelitian ini terletak pada metode, lokasi dan, responden penelitian.

STIKES BETHESDA YAKKUM

				medis fasilitas pelayanan kesehatan masih minim dan pemahaman petugas tentang fungsi Puskesmas sebagai pintu masuk/penapis rujukan cukup baik meskipun dalam prakteknya sering tidak mengikuti aturan yang ditetapkan	
3.	Hubaib Alif Khariza / Tahun 2015.	Program Jaminan Kesehatan Nasional: Studi Deskriptif Tentang Faktor-Faktor yang Dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit	Penelitian ini menggunakan metode studi *deskriptif kualitatif*	Hasil penelitian ini adalah faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan dari implementasi program jaminan kesehatan	Perbedaan dengan penelitian ini terletak pada metode, lokasi dan, responden penelitian.

STIKES BETHESDA YAKKUM

		Jiwa Menur Surabaya.		nasional di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya adalah sumber daya yang memadai, struktur birokrasi, komunikasi baik antar petugas pelaksana maupun petugas pelaksana dengan pasien/keluarga pasien, disposisi, dukungan kelompok sasaran, derajat perubahan yang diinginkan, dan respon objek kebijakan.	

STIKES BETHESDA YAKKUM