



**KENDALA PENCAPAIAN TARGET KEPESERTAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PEKERJA
SEKTOR INFORMAL DALAM MENCAPAI UHC 2019**

(STUDI KASUS DI KOTA BOGOR)

Skripsi

Dibuat Oleh :

Meli Deranti
021115619

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS PAKUAN
BOGOR**

APRIL 2019

ABSTRAK

MELI DERANTI. 021115619. Kendala Pencapaian Target Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Pekerja Sektor Informal dalam Mencapai UHC 2019 (Studi Kasus di Kota Bogor). Pembimbing SRI HARTINI dan FREDI ANDRIA. 2019.

Di Tahun 2019 pemerintah mempunyai target yang ingin dicapai adalah *Universal Health Coverage* (UHC). UHC merupakan suatu sistem kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan dengan peningkatan (*Promotif*), Pencegahan (*Preventif*), Penyembuhan (*Kuratif*), dan Pemulihan (*Rehabilitatif*), yang bermutu dengan biaya terjangkau. Cakupan ini mengandung dua elemen inti yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga serta perlindungan risiko finansial. Namun berdasarkan data target kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional jumlah persentase kepesertaan di tahun 2019 harus mencapai 80% sudah tercover dalam BPJS Kesehatan, jika dilihat dari konsolidasi Disdukcapil di wilayah bogor kepadatan penduduk mencapai 16.4 juta jiwa untuk kabupaten bogor menurut Badan Pusat Statistik jumlah para pekerja informal di kota bogor lebih dari 70% namun tingkat kepesertaannya masih rendah hanya mencapai 30%.

Tujuan penelitian ini untuk mendeskripsikan kendala-kendala program jaminan kesehatan nasional bagi pekerja sektor informal diperkotaan khususnya di Kota Bogor dan upaya apa saja yang dilakukan pihak BPJS Kesehatan agar target UHC 2019 tercapai serta untuk mengetahui apakah para pekerja sektor informal mampu mengikuti program jaminan kesehatan dalam mencapai UHC 2019.

Metode penelitian yang digunakan yaitu dengan survey lapangan, observasi, wawancara ke 100 responden yang berada di 6 kecamatan dikota Bogor dan studi kepustakaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk mencapai target UHC 2019 ternyata dipengaruhi oleh beberapa kendala berdasarkan hasil pengolahan WEKA 3.8, ada 5 kendala diantaranya yaitu informasi tempat-tempat penerima peserta BPJS Kesehatan, Sosialisasi program BPJS Kesehatan, Iuran yang diberlakukan kepada peserta BPJS Kesehatan, Sarana& prasarana pelayanan kesehatan yang ada dan Ketersediaan obat-obatan, yang dimana kendala-kendala tersebut yang harus diperhatikan oleh BPJS Kesehatan kota Bogor. Selain itu jika melihat dari hasil penelitian analisis deskriptif kendalanya yaitu banyak masyarakat pekerja sektor informal yang tidak mau menyisihkan pendapatan per bulannya untuk dana berjaga-jaga ketika sakit hanya sedikit responden yang menyisihkan dananya. Sebanyak 17 % responden (17 orang dari total keseluruhan responden), memiliki dana khusus yang sengaja disisihkan untuk berjaga-jaga untuk keadaan darurat atau berjaga-jaga dikala sakit dan sebanyak 83% (83 orang) tidak menyisihkan dananya untuk kebutuhan jika sakit dengan alasan pendapatan mereka kecil dan habis untuk keperluan yang lain dan ketika sakit para pekerja informal memilih untuk pergi ke puskesmas yang memiliki biaya yang murah dan bisa dijangkau, dimana sebanyak 62% (62 orang) menjawab mereka memilih berobat ke puskesmas dan hanya sedikit saja yang memilih berobat ke poliklinik/dokter praktek sebanyak 18% (18 orang).

Berdasarkan kategori jumlah tanggungan keluarga responden di 6 kecamatan, para responden mengaku memiliki tanggungan keluarga yang cukup banyak. Sebanyak 85% (85 orang responden) mengaku memiliki tanggungan keluarga sebanyak 1 –5 orang. Hanya sebagian kecil 15% dari responden (15 orang) yang tidak memiliki jumlah tanggungan. Secara prinsip, dengan cukup banyaknya jumlah tanggungan keluarga responden, maka secara otomatis responden yang bertindak sebagai pencari nafkah memiliki beban yang berat dalam upaya menghidupi keluarganya.

Salah satu upaya untuk mengatasi kendala tersebut yaitu dengan melakukan sosialisasi secara maksimal, memperbaiki pelayanan sesuai dengan iuran yang diberlakukan. Yang dimana nantinya pekerja sektor informal mengikuti program BPJS Kesehatan.

Saran untuk penelitian ini yaitu dengan memberikan kemudahan dalam hal pendaftaran dan memberitahukan kepada para pekerja sektor informal bahwa asuransi kesehatan itu penting dan mengajak agar masyarakat pekerja informal menyisihkan sebagian pendapatannya untuk dana berjaga-jaga ketika sakit.

Kata Kunci : Pekerja sektor informal, *Universal Health Coverage* (UHC) 2019

**KENDALA PENCAPAIAN TARGET KEPESERTAAN PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PEKERJA SEKTOR INFORMAL
DALAM MENCAPAI UHC 2019
(STUDI KASUS DI KOTA BOGOR)**

Skripsi

Diajukan sebagai salah satu syarat dalam mencapai gelar Sarjana Manajemen
Program Studi Manajemen pada Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan Bogor

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ekonomi,



(Dr. Hendro Sasongko, Ak, MM, CA)

Ketua Program Studi,

(Tutus Rully, SE, MM)

**KENDALA PENCAPAIAN TARGET KEPESERTAAN PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PEKERJA SEKTOR INFORMAL
DALAM MENCAPAI UHC 2019
(STUDI KASUS DI KOTA BOGOR)**

Skripsi

Telah disidangkan dan dinyatakan lulus

Pada Hari : Selasa Tanggal : 16 April 2019

Meli Deranti

021115619

Menyetujui,

Ketua Sidang,



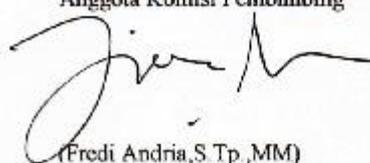
(Oktori Kiswati Z.,SE.,MM)

Ketua Komisi Pembimbing



(Hj. Dra. Sri Hartini, MM)

Anggota Komisi Pembimbing



(Fredi Andria, S. Tp, MM)

© Hak Cipta milik Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan, tahun 2019

Hak Cipta Dilindungi Undang-undang

Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan atau menyebutkan sumbernya. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik, atau tinjauan suatu masalah, dan pengutipan tersebut tidak merugikan kepentingan yang wajar Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan.

Dilarang mengumumkan dan atau memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis dalam bentuk apapun tanpa seizin Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan.

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Kendala Pencapaian Target Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Pekerja Sektor Informal dalam Mencapai UHC 2019 (Studi Kasus di Kota Bogor)”. Shalawat dan salam senantiasa tercurah kepada Rasulullah SAW yang mengantarkan manusia dari zaman kegelapan ke zaman yang terang benderang ini. Penyusunan skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Manajemen pada Fakultas Ekonomi Jurusan Manajemen, Universitas Pakuan Bogor.

Perjalanan panjang telah penulis lalui dalam rangka perampungan skripsi ini, banyak hambatan serta rintangan yang penulis hadapi, memang untuk mendapatkan sesuatu yang berharga, butuh usaha yang kuat, pengorbanan yang besar, kesabaran,serta perjuangan yang luar biasa. Skripsi ini penulis persembahkan kepada kedua orang tua (Bapak Mumuh Muhidin dan Ibu Eli Ernawati) yang dimana setiap doa-doa dikala malamnya adalah syair indah bagi gerak juangku, dan untuk segala ketidakmungkinan yang bisa terjadi tanpa kemustahilan. Terima kasih telah sabar untuk mengasuh, mendidik, memberikan motivasi dan membimbingku. Cinta, usap tangan kalian memberikan banyak arti dalam perjalanan hidup putrimu hamba illahi untuk menjadi bintang ditengah gelapnya langit malam.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr.Hendro Sasongko,Ak.,MM.,CA. Selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan.
2. Bapak Ketut Sunarta,Ak.,MM.,CA. Selaku Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan.
3. Ibu Tutus Rully,SE.,MM. Selaku Ketua Program Studi Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan.
4. Ibu Yudhia Mulya, SE.,MM. Selaku Sekretaris Program Studi Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan.
5. Ibu Hj.Dra.Sri Hartini.,MM selaku Ketua Komisi Pembimbing.

6. Bapak Fredi Andria, S.Tp., MM selaku Anggota Komisi Pembimbing.
7. Kakakku Agit yang tak henti-hentinya selalu memberi motivasi, nasehat selama proses pembuatan skripsi.
8. Seluruh dosen, staf pengajar dan karyawan Program Studi Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan, yang tidak dapat disebut satu per satu.
9. Seluruh responden yang telah bersedia membantu dan meluangkan waktu dalam pengisian kuesioner.
10. Sahabatku Zapar Sidik, S.Si yang telah berjuang bersama-sama membantu penulis dalam penyusunan skripsi ini dan selalu memberikan semangat untuk terus maju.
11. Teman-teman julid Raden Fajriani Nursyabaniati, Ela Nurlaela, Lisa Mila Sari, Sri Musripah, Windi Silpiani yang selalu menemaniku saat menyelesaikan skripsi ini.
12. Teman-teman Manajemen 2015 khususnya kelas O dan kelas C konsentrasi Pemasaran yang tidak dapat disebut satu per satu, terima kasih atas dukungan dan semangat kebersamaannya sampai saat ini.

Penulis menyadari masih terdapat banyak kekurangan didalam penulisan skripsi ini, tentunya penulis sangat mengharapkan kritik, saran serta masukan bagi siapa saja yang dapat membangun penulis agar lebih baik lagi dari sebelumnya. Segala macam bentuk kekurangan terdapat dari diri penulis dan segala macam kelebihan hanya dari Allah Yang Maha Esa.

Akhir kata, penulis berharap semoga dengan terselesaikannya skripsi ini dapat memberikan manfaat dan berguna bagi pihak-pihak yang membutuhkan serta dapat membantu penulis dalam penyusunan skripsi demi tercapainya tujuan sebagai Sarjana Manajemen.

Bogor, 16 April 2019

Meli Deranti

DAFTAR ISI

	Hal
JUDUL	i
ABSTRAK	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
HAK CIPTA	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Penelitian	1
1.2 Identifikasi Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.5 Kegunaan Penelitian	5
1.5.1 Kegunaan Teoritis.....	5
1.5.2 Kegunaan Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Pemasaran.....	6
2.1.1 Pengertian Pemasaran.....	6
2.2 Jasa.....	6
2.2.1 Pengertian Jasa	6
2.3 Kualitas Pelayanan	7
2.3.1 Pengertian Kualitas Pelayanan	7
2.3.2 Dimensi Kualitas Pelayanan.....	8

2.4 UHC dan Target Pemerintah dibidang Kesehatan	10
2.4.1 Tujuan dan Manfaat UHC.	10
2.4.2 Hasil yang diharapkan.	11
2.5 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)	11
2.5.1 Prinsip JKN (Jaminan Kesehatan Nasional).....	12
2.5.2 Kepesertaan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional).	12
2.5.3 Hak dan Kewajiban Peserta JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)	13
2.5.4 Pembiayaan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional).	13
2.6 BPJS dan Perkembangannya.	14
2.6.1 Asas BPJS.....	15
2.6.2 Prinsip BPJS	16
2.6.3 Fungsi BPJS.....	17
2.6.4 Tugas BPJS.....	17
2.6.5 Wewenang BPJS.....	18
2.6.6 Kewajiban BPJS	18
2.6.7 Hak BPJS	19
2.7 Pekerja Sektor Informal.....	20
2.8 Penelitian Sebelumnya	21
2.9 Kerangka Pemikiran	24
BAB III. METODE PENELITIAN	26
3.1 Jenis Penelitian	26
3.2 Objek, Unit Analisis dan Lokasi Penelitian	26
3.3 Jenis dan Sumber Data Penelitian	26
3.4 Operasional Variabel	27
3.5 Metode Penarikan Sampel	27
3.6 Metode Pengumpulan Data	28
3.7 Metode Pengolahan/Analisis Data	29

BAB IV. HASIL PENELITIAN.....	32
4.1 Gambaran Umum Perusahaan	32
4.1.1 Sejarah dan Perkembangan Perusahaan BPJS Kesehatan	33
4.1.2 Visi dan Misi BPJS Kesehatan	34
4.1.3 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Pusat dan BPJS Kesehatan Cabang Kota Bogor	35
4.1.4 Kegiatan Usaha BPJS Kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional	36
4.2 Kondisi/Fakta Pelaksanaan Program BPJS Kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional dengan Masyarakat Ekonomi Informal	38
4.3 Analisis dan Bahasan.....	39
4.3.1 Profil Responden	39
4.3.2 Kendala Pencapaian Target Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan dalam mencapai UHC 2019	41
4.3.2.1 Analisis Deskriptif	41
4.3.2.2 Analisis <i>Data Mining</i> dengan Algoritma C4.5	45
4.3.3 Upaya atau cara pihak BPJS Kesehatan untuk mengatasi kendala kepesertaan program jaminan kesehatan nasional.....	47
4.3.4 Pekerja sektor informal apakah mampu mengikuti program jaminan kesehatan nasional dalam mencapai UHC 2019.....	48
BAB V. SIMPULAN DAN SARAN	50
5.1 Simpulan.....	50
5.2 Saran.....	52
DAFTAR PUSTAKA	55
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Delapan sasaran pokok peta jalan JKN 2014-1019	2
Tabel 1.2 Target Kepesertaan JKN Setiap Tahun dan Realisasinya	3
Tabel 2.1 Penelitian Sebelumnya	21
Tabel 3.1 Operasional Variabel.....	27
Tabel 4.1 Sebaran responden berdasarkan jumlah tanggungan	42
Tabel 4.2 Sebaran responden berdasarkan pendapatan perbulan.....	42
Tabel 4.3 Sebaran responden berdasarkan adakah uang yang ditabung	43
Tabel 4.4 Sebaran responden berdasarkan jumlah uang yang ditabung	43
Tabel 4.5. Sebaran Responden Menurut Ada/Tidaknya Dana yang Disisihkan untuk Berjaga-jaga Dikala Sakit	44
Tabel 4.6 Sebaran responden berdasarkan kemana biasa masyarakat berobat	44

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Iuran BPJS Kesehatan	14
Gambar 2.2 Kerangka Pemikiran	25
Gambar 3.1 Contoh Struktur <i>Decision Tree</i>	30
Gambar 4.1 Peta Lokasi Kantor BPJS Kesehatan Kota Bogor	32
Gambar 4.2 Sejarah BPJS Kesehatan.....	33
Gambar 4.3 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Pusat 2017.....	35
Gambar 4.4 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Kota Bogor 2017.....	35
Gambar 4.5 Sebaran Responden berdasarkan Jenis Kelamin dan usia.....	40
Gambar 4.6 Sebaran responden berdasarkan pendidikan formal.....	40
Gambar 4.7. Sebaran responden berdasarkan profesinya	41
Gambar 4.8 Sebaran responden penjual es pedagang kaki lima dan jasa tukang jahit.....	41
Gambar 4.9 Struktur pohon keputusan dengan WEKA 3.8	46

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner
- Lampiran 2 : Koding Profil Responden Pekerja Sektor Informal
- Lampiran 3 : Data Mentah 7 penyebab rendahnya kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional
- Lampiran 4 : Hasil perhitungan *Entropy* dan *Gain* dari 100 responden
- Lampiran 5 : Hasil Data *Training* set aplikasi WEKA 3.8

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Sehat merupakan hak bagi setiap orang, baik orang kaya, maupun orang miskin. seperti yang tercantum dalam UU 36/2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya dibidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Oleh karena itu pemerintah menggulirkan program Jaminan Kesehatan Nasional. Sebagaimana tertera dalam peraturan presiden nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, bahwa jaminan kesehatan adalah 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. Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang mulai beroperasi pada 1 Januari 2014.

Kepesertaan JKN yang dikelola oleh BPJS terdiri dari 2 jenis kepesertaan yaitu :

- 1) Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang terdiri dari fakir miskin dan orang tidak mampu
- 2) Bukan PBI atau peserta mandiri yang terdiri dari :
 - a) Pekerja penerima upah yang biasa disebut para pekerja formal adalah mereka yang memiliki upah tetap contohnya Pegawai Negeri Sipil, Tentara Nasional Indonesia , Kepolisian dan Karyawan
 - b) Pekerja bukan penerima upah yang biasa disebut para pekerja informal adalah mereka yang tidak memiliki upah tetap atau upahnya berubah-ubah contohnya Wiraswasta/memiliki usaha sendiri
 - c) Bukan Pekerja : Tidak memiliki pekerjaan dan dari kalangan sosial ekonomi yang mampu

Adapun di tahun 2019 pemerintah mempunyai target yang ingin dicapai adalah *Universal Health Coverage* (UHC). UHC merupakan suatu sistem kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki asuransi yang adil terhadap pelayanan kesehatan dengan peningkatan (*Promotif*), pencegahan (*Preventif*), penyembuhan (*kuratif*) dan pemulihan (*Rehabilitatif*) yang bermutu dengan biaya terjangkau. Cakupan universal ini mengandung dua elemen inti yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga serta perlindungan risiko finansialnya. UHC merupakan target yang tertuang dalam peta jalan program jaminan kesehatan nasional yang dimana seluruh masyarakatnya harus sudah terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan nasional

dan dapat mengakses pelayanan kesehatan. Peta jalan tersebut terdapat 8 sasaran pokok peta jalan JKN tahun 2014-2019 sebagai berikut :

Tabel.1.1 Delapan sasaran pokok peta jalan JKN Tahun 2014-2019

No	1 Januari 2014	1 Januari 2019
1	Tersusunnya seluruh peraturan pelaksanaan yang diperlukan	BPJS Kesehatan telah mendapat kepercayaan penuh publik
2	BPJS Kesehatan mengelola jaminan Kesehatan setidaknya bagi 121,6 juta peserta. Seluruh penduduk Indonesia mendapat jaminan kesehatan dari BPJS Kesehatan.	Seluruh penduduk Indonesia mendapat jaminan kesehatan dari BPJS Kesehatan.
3	Paket manfaat medis yang dijamin adalah seluruh pengobatan untuk seluruh penyakit. Namun masih ada perbedaan kelas perawatan di rumah sakit bagi yang iuran sendiri dan bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI).	Paket manfaat medis dan nonmedis kelas perawatan sudah tidak ada, semua sama untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat.
4	Rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan tersusun dan implementasinya secara bertahap.	Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) telah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka.
5	Seluruh peraturan pelaksanaan (PP,Perpres, Permenkes, dan Peraturan BPJS) yang merupakan turunan UU SJSN dan UU BPJS telah diundangkan dan diterbitkan.	Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala, untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga yang layak.

6	Paling sedikit 75% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS.	Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS.
7	Paling sedikit 75% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.	Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.
8	Pengelolaan keuangan BPJS kesehatan terlaksana secara terbuka, efisien, dan akuntabel	Pengelolaan keuangan BPJS kesehatan sudah mencapai tingkat terbuka, efisien, dan akuntabel

Sumber : BPJS (2012)

Tabel.1.2 Target Kepesertaan JKN Setiap Tahun dan Realisasinya

Tahun	Target Peta JKN	Realisasi	Persentase (%)
2015	155.450.000	156.790.287	100%
2016	189.300.000	171.939.254	90,8%
2017	223.150.000	184.486.348	82,6%
2018	254.000.000	207.009.000	80,5%

Sumber : BPJS Kesehatan tahun 2015-2018

Menurut data BPJS Kesehatan, target kepesertaan JKN pada tahun 2019 adalah 254 juta jiwa dengan target peserta bukan penerima upah yaitu para pekerja informal sekitar 58,96 juta harus tercover dalam asuransi kesehatan. jika

dilihat dari konsolidasi bersih Disdukcapil (Dinas Kependudukan Catatan Sipil) menyebutkan bahwa wilayah Bogor memiliki kepadatan penduduk yang cukup tinggi yakni 8.7 juta jiwa untuk Kota Bogor dan 16.4 juta jiwa untuk Kabupaten Bogor. Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2018 pekerja informal di wilayah Bogor mencapai lebih dari 70% namun tingkat kepesertaannya masih rendah hanya mencapai 30% dari jumlah penduduk kota Bogor.

Menurut UU No 13 Tahun 2003 tentang ketenagakerjaan, pekerja informal adalah orang yang bekerja tanpa relasi kerja, yang berarti tidak ada perjanjian yang mengatur elemen-elemen kerja, upah dan kekuasaan, biasanya pekerja sektor informal adalah mereka yang paling gampang terpapar berbagai resiko, terkadang kelompok ini paling tidak terlindungi dimana minimnya informasi membuat mereka tidak paham pentingnya proteksi berupa asuransi.

Pelaksanaan jaminan sosial dibidang kesehatan, *World Health Organization*(WHO) dalam "*Health System Financing : The Path to Universal Coverage*" memperkenalkan tiga dimensi penting sebagai indikator capaian UHC yaitu :

1. Penerimaan manfaat pelayanan kesehatan seluruh penduduk menyebutkan suatu Negara dikatakan tercapai dalam UHC jika lebih dari 80% penduduk terlindungi oleh asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan.
2. Ketersediaan pelayanan esensial yang merata dan aksesibel
3. Cakupan perlindungan kesehatan mulai dari pelayanan sederhana sampai pelayanan berbiaya mahal yang mencakup pelayanan *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif*.

Jelas jika dilihat dari dimensi-dimensi tersebut dapat disimpulkan bahwa masih kurangnya persentase kepesertaan para pekerja sektor informal yang belum terdaftar asuransi kesehatan atau JKN dalam mencapai UHC tersebut .

Selain itu banyak masyarakat kota bogor yang sudah terdaftar dan belum menjadi peserta dalam program jaminan kesehatan nasional mengeluhkan akan jumlah iuran yang ditetapkan oleh pemerintah terlalu besar, dimana pelayanan dan fasilitas tidak sesuai dengan apa yang diharapkan.

Masalah-masalah tersebut bisa menyebabkan pemerintah sulit dalam melakukan perluasan kepesertaan program jaminan kesehatan nasional dalam mencapai UHC. Untuk itu berdasarkan latar belakang diatas perlu penelitian lebih dalam mengenai Kendala Pencapaian Target Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Pekerja Sektor Informal dalam Mencapai UHC 2019 di Kota Bogor.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan penelitian ini bahwa di tahun 2019 pemerintah mempunyai target yang ingin dicapai adalah *Universal Health Coverage* (UHC). UHC merupakan suatu sistem kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan dengan peningkatan (*Promotif*), Pencegahan (*Preventif*), Penyembuhan (*Kuratif*), dan Pemulihan (*Rehabilitative*) yang bermutu dengan biaya terjangkau. Cakupan universal ini mengandung dua elemen inti yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga serta perlindungan risiko finansial. Namun ada beberapa masalah yang bisa diidentifikasi diantaranya :

- 1) Kurangnya persentase kepesertaan masyarakat pekerja sektor informal di kota Bogor yang belum terdaftar dalam program jaminan kesehatan. Menurut data BPJS Kesehatan, target kepesertaan JKN pada tahun 2019 adalah 254 juta jiwa dengan target peserta bukan penerima upah yaitu para pekerja informal sekitar 58,96 juta harus tercover dalam asuransi kesehatan. jika dilihat dari konsolidasi bersih Disdukcapil (Dinas Kependudukan Catatan Sipil) menyebutkan bahwa wilayah Bogor memiliki kepadatan penduduk yang cukup tinggi yakni 8.7 juta jiwa untuk Kota Bogor dan 16.4 juta jiwa untuk Kabupaten Bogor. Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2018 pekerja informal di wilayah Bogor mencapai lebih dari 70% namun tingkat kepesertaannya masih rendah hanya mencapai 30% dari jumlah penduduk kota Bogor.
- 2) Masyarakat kota Bogor yang sudah terdaftar dan belum menjadi peserta dalam program jaminan kesehatan nasional mengeluhkan akan jumlah iuran yang ditetapkan oleh pemerintah terlalu besar, dimana pelayanan dan fasilitas tidak sesuai dengan apa yang diharapkan.
- 3) Masyarakat kota bogor khususnya para pekerja sektor informal tidak memahami pentingnya berupa asuransi/jaminan kesehatan.

1.3 Rumusan Masalah

- 1) Kendala apa saja yang dihadapi kota Bogor dalam mencapai target UHC 2019 ?
- 2) Bagaimana upaya atau cara pihak BPJS Kesehatan untuk mengatasi kendala tersebut ?
- 3) Apakah para pekerja sektor informal mampu mengikuti program jaminan kesehatan dalam mencapai UHC 2019 ?

1.4 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk :

- 1) Untuk mendeskripsikan kendala-kendala program jaminan kesehatan nasional bagi pekerja sektor informal diperkotaan khususnya di Kota Bogor melalui BPJS Kesehatan guna untuk mencapai target kepesertaan UHC 2019.
- 2) Untuk mengetahui upaya apa saja yang akan dilakukan pihak BPJS Kesehatan agar target UHC 2019 tersebut tercapai.
- 3) Untuk mengetahui apakah para pekerja sektor informal mampu mengikuti program jaminan kesehatan dalam mencapai UHC 2019

1.5 Kegunaan Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut :

1.5.1 Kegunaan Teoritis

Bagi Ilmu Pengetahuan : Temuan yang dihasilkan dalam penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai kendala-kendala yang dihadapi para pekerja sektor informal dalam pelaksanaan program pemerintah di bidang kesehatan yaitu BPJS Kesehatan demi mencapai UHC 2019.

1.5.2 Kegunaan Praktis

- a) Bagi mahasiswa : menambah pengetahuan tentang program pemerintah dibidang kesehatan yaitu BPJS Kesehatan dalam mencapai UHC 2019 beserta kendalanya dari para pekerja sektor informal yang nantinya bisa memberikan alternatif solusi dalam kebijakan pemerintah .
- b) Bagi Masyarakat Pengguna BPJS Kesehatan pekerja sektor informal : menambah pengetahuan dan untuk meringankan beban dalam pemenuhan kebutuhan terkait kesehatan agar bisa tercover dalam BPJS Kesehatan ditahun 2019.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pemasaran

2.1.2 Pengertian Pemasaran

Pemasaran (*Marketing*) merupakan sebuah subjek yang sangat penting dan dinamis. Ia dikatakan karena bekerja di sebuah lingkungan yang nyata terus-menerus berubah. Dikatakan penting karena, ia dapat menentukan hidup atau matinya perusahaan. Pada dasarnya pemasaran menyangkut kegiatan sehari-hari dalam sebuah masyarakat yang disusun untuk menghasilkan dan memudahkan pertukaran demi memuaskan kebutuhan dan keinginan manusia.

Menurut *American Marketing Association* (AMA), dalam Ari Setiyaningrum (2015:6) telah menyatakan definisi pemasaran sebagai berikut: Pemasaran adalah kinerja dari kegiatan bisnis yang mengarahkan arus barang dan jasa kepada para pelanggan dan pemakai.

Menurut Philip Kotler dalam Sudaryono (2014:320), mendefinisikan pemasaran adalah suatu proses sosial dan manajerial dimana individu dan kelompok memperoleh apa yang mereka butuhkan dan inginkan dengan cara menciptakan serta mempertukarkan produk atau nilai dengan pihak lain.

Menurut Sudaryono (2014:321) menyimpulkan bahwa pemasaran adalah upaya untuk memenuhi kebutuhan konsumen melalui penciptaan produk ataupun jasa yang kemudian di nikmati atau dibeli oleh mereka yang membutuhkan melalui suatu proses tukar-menukar.

Berdasarkan pendapat ahli dari definisi pemasaran dapat diambil kesimpulan, bahwa pemasaran merupakan suatu kegiatan untuk memenuhi keinginan dan kebutuhan konsumen atas produk maupun jasa melalui proses pertukaran.

2.2 Jasa

2.2.1 Pengertian Jasa

Pada dasarnya jasa merupakan suatu aktivitas ekonomi yang hasilnya tidak berupa produk dalam bentuk fisik dan konstruksi yang digunakan pada saat yang sama dengan waktu yang dihasilkan dan memberikan nilai tambah atas pemecahan pada masalah yang dihadapi konsumen.

Menurut Kotler, Keller dan Amstrong, (2015:103) yang dikutip oleh Nana Herdiana, mendefinisikan jasa sebagai berikut:

Jasa adalah setiap tindakan atau kinerja yang ditawarkan oleh satu pihak ke pihak lain yang secara positif tidak berwujud dan tidak menyebabkan perpindahan kepemilikan. Produksi jasa dapat terikat atau tidak terikat pada produk fisik.

Menurut Lehtinen (2013:7) yang dikutip oleh Rambat Lupiyoadi, mendefinisikan jasa yaitu, *A service is an activity or a series of activities which take place in interactions with a contact person or physical machine and which provides consumer satisfaction.*

Menurut William J. Stanton (2013:243), yang dikutip oleh Buchari Alma, mengungkapkan definisi jasa sebagai berikut:

Service are those separately identifiable, essentially intangible activities that provide want-satisfaction, and that are not necessarily tied to the sale of a product or another service. To produce a service may or may not require the use of tangible goods. However, when such use is required there is no transfer of the title (permanent ownership) to these tangible goods.

Artinya, jasa adalah sesuatu yang dapat diidentifikasi secara terpisah tidak berwujud, ditawarkan untuk memenuhi kebutuhan. Jasa dapat dihasilkan dengan menggunakan benda-benda berwujud atau tidak.

Menurut Ari Setiyanngum, Jusuf Udaya dan Efendi (2015:92), menyatakan bahwa,

Jasa (*Service*) adalah sebuah bentuk produk yang terdiri atas berbagai kegiatan, keuntungan-keuntungan (*Benefit*) atau kepuasan yang ditawarkan untuk dijual dan pada dasarnya tidak berwujud (*Intangible*) serta tidak berakibat pada kepemilikan atas sesuatu, seperti kegiatan perbankan, layanan hotel, perjalanan udara, perusahaan ritel, bengkel reparasi, dan salon kecantikan.

Berdasarkan teori di atas dapat disimpulkan bahwa jasa merupakan suatu kegiatan yang tidak berwujud yang ditawarkan dari satu pihak kepada pihak lainnya untuk memenuhi suatu kebutuhan atau memecahkan suatu permasalahan yang dihadapi konsumen, dimana jasa ini tidak terikat dan tidak memiliki kepemilikan sesuatu.

2.3 Kualitas Pelayanan

2.3.1 Pengertian Kualitas Pelayanan

Menurut Parasuraman dalam Etta Mamang dan Sopiah (2013:100) mendefinisikan kualitas jasa sebagai tingkat keunggulan yang diharapkan dari pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan.

Menurut Wyckof yang dikutip oleh Fandy Tjipto (2014:268) mendefinisikan kualitas jasa sebagai berikut:

Kualitas jasa merupakan tingkat keunggulan (*excellence*) yang diharapkan dan pengendalian atas keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan.

Menurut Rambat Lupiyoadi (2013:216) mendefinisikan kualitas jasa yaitu seberapa jauh perbedaan antara kenyataan dan harapan pelanggan atas layanan yang mereka terima.

Berdasarkan teori diatas dapat diambil kesimpulan bahwa definisi dari kualitas pelayanan adalah suatu tindakan seseorang terhadap orang lain melalui penyajian produk atau jasa untuk memenuhi harapan dan keinginan pelanggan yang mana pelanggan akan membandingkan antara harapan dengan kinerja yang diterimanya dari penyedia layanan disuatu perusahaan untuk memenuhi kebutuhan serta keinginan para pelanggan yang pada akhirnya akan memuaskan para pelanggannya.

2.3.2 Dimensi Kualitas Pelayanan

Menurut Rambat Lupiyoadi (2013:216) menyebutkan bahwa dimensi kualitas pelayanan sebagai berikut :

1. Berwujud (*tangible*), yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan yang dapat diandalkan. Keadaan lingkungan sekitarnya merupakan bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa. Hal ini meliputi fisik (contoh: gedung, gudang, dan lain-lain), perlengkapan dan peralatan yang digunakan (teknologi), serta penampilan pegawainya.
2. Realiabilitas, yaitu kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan tanpa kesalahan, sikap yang simpatik, dan dengan akurasi yang tinggi.
3. Ketanggapan (*responsiveness*), yaitu suatu kebijakan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada pelanggan dengan menyampaikan informasi yang jelas.
4. Jaminan dan kepastian (*assurance*), yaitu pengetahuan, kesopansantunan, dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan. Hal ini meliputi beberapa komponen antara lain komunikasi, kredibilitas, keamanan, kompetensi, dan sopan santun.
5. Empati (*empathy*), yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya memahami keinginan mereka. Hal ini mengharapakan bahwa suatu perusahaan memiliki pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu pengoperasian yang nyaman bagi pelanggan.

Menurut James A. Fitzsimmons, Mona J. Fitzsimmons and Sanjeev K. Bordoloi (2014:144). *They identified five principal dimensions that customers use to judge service quality,*

1. *Reliability*

The ability to perform the promised service both dependably and accurately. Reliable service performance is a customer expectation and means that the service is accomplished on time, in the same manner, and without errors every time.

2. *Responsiveness*

The willingness to help customers and to provide prompt service. Keeping customers waiting, particularly for no apparent reason, creates unnecessary negative perceptions of quality. If a service failure occurs, the ability to recover quickly and with professionalism can create very positive perceptions of quality.

3. *Assurance*

The knowledge and courtesy of employees as well as their ability to convey confidence. The assurance dimension includes the following features :competence to perform the service, politeness and respect for the customer, effective communication with the customer, and the general attitude that the serves has the customer's at hearth.

4. *Empathy*

The provision of caring, individualized attention to customers. Empathy includes the following features : approachability, sensitivity, and effort to understand the customers needs.

5. *Tangibles*

The appearance of physical facilities, equipment, personnek, and communication material.

Menurut Fandy Tjiptono (2014:282), menyebutkan ada lima dimensi utama kualitas pelayanan sebagai berikut :

1. Reliabilitas (*reliability*), yaitu kemampuan layanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan
2. Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan layanan dengan tanggap
3. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kompetensi, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan
4. Empati (*empathy*), meliputi kemudahan dalam menjalin relasi, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan pemahaman atas kebutuhan individual dari pelanggan
5. Bukti fisik (*tangible*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.

Berdasarkan teori diatas dapat disimpulkan bahwa dimensi kualitas pelayanan dibagi ke dalam 5 dimensi utama antara lain : Bukti fisik, Realibilitas, Ketanggapan, Jaminan, dan Empati.

2.4 UHC dan Target Pemerintah dibidang Kesehatan

Di Tahun 2019 pemerintah mempunyai capaian target Program Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh masyarakat yaitu UHC. Menurut WHO menyebutkan bahwa *Universal health coverage* (UHC) merupakan sistem kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif* bermutu dengan biaya terjangkau. Cakupan universal mengandung dua elemen inti yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, dan perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan.

Untuk menuju penjaminan kesehatan yang lebih baik dan menyeluruh, pemerintah Indonesia menetapkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) dimana jaminan kesehatan merupakan prioritas yang akan dikembangkan untuk mencapai UHC. Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional bagi upaya kesehatan perorangan berdasarkan bunyi Pasal 20 (1) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Berdasarkan Peraturan Presiden RI No. 12 Tahun 2013, pemerintah juga bertanggung jawab atas pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat melalui BPJS Kesehatan yang merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) bagi seluruh rakyat.

2.4.1 Tujuan dan Manfaat UHC

UHC dalam pandangan Prof. Amartya Sen, penerima Hadiah Nobel Bidang Ekonomi tahun 1998, adalah “mimpi yang terjangkau”. Selain itu, “*The Commission on Health Employment and Economic Growth*” bulan September 2016, menjelaskan bahwa investasi pada sektor kesehatan tidak hanya berdampak meningkatkan populasi yang sehat, tetapi juga menciptakan lapangan pekerjaan dan mendorong pertumbuhan ekonomi. UHC tidak hanya menjamin dan menjaga kesehatan, tetapi juga kesejahteraan individu dan masyarakat. UHC meningkatkan lowongan pekerjaan dan peluang ekonomi, khususnya bagi perempuan dan pemuda, sebagai bagian dari program mengakhiri kemiskinan. WHO memperkirakan bahwa biaya untuk pelayanan kesehatan global, telah mendorong 100 juta orang ke dalam kemiskinan setiap tahun. Secara global, 20%-40% sumber daya yang dihabiskan untuk sektor kesehatan, ternyata terbuang percuma. Penyebab yang umum adalah inefisiensi, duplikasi pelayanan, dan penggunaan obat dan teknologi kedokteran yang berlebihan. Dengan menerapkan UHC tentu saja akan membantu semua pihak, untuk menghilangkan kemiskinan ini.

2.4.2 Hasil yang diharapkan

Pemerintah menargetkan Indonesia akan mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) atau cakupan kesehatan menyeluruh bagi seluruh penduduk Indonesia pada 1 Januari 2019 mendatang. Setiap tahun BPJS Kesehatan menargetkan jumlah penduduk yang menjadi peserta terus bertambah dari 156,7 juta jiwa (2015) ke 188,7 juta (2016), 223 juta (2017), 235,1 juta (2018), dan mencapai 257,5 juta atau seluruh penduduk pada 2019. Contoh hasil yang telah dicapai yakni telah dibuktikan oleh banyak negara dalam beberapa tahun terakhir, yang telah menambah cakupan layanan kesehatan utama dan jaminan pembiayaan untuk warganya. Jepang, Moldova, Peru, Sri Lanka, Thailand dan Turki telah menunjukkan bahwa negara dapat membuat kemajuan dramatis terhadap UHC melalui reformasi sistem kesehatan yang dapat memberikan manfaat dalam bidang kesehatan, ekonomi, dan politik yang cukup besar. Selain itu, Perancis pada tahun 2008 telah menghemat hampir US\$ 2 miliar dengan sistem jaminan kesehatan yang sedapat mungkin menggunakan obat generik.

Dengan cara yang serupa, peningkatan akses anak ke layanan kesehatan dengan obat generik yang terjangkau, diprediksi mampu mencegah atau memperbaiki penyakit, yang menyebabkan lebih dari 8,1 juta kematian anak balita setiap tahun secara global. Thailand telah menerapkan sistem pembayaran satu paket layanan kesehatan dari dana prabayar, yaitu campuran pajak dan kontribusi asuransi. Kyrgyzstan telah menyatukan pendapatan umum dengan pajak penghasilan dan asuransi. Ghana telah mendanai program kesehatan nasional dengan meningkatkan pajak pertambahan nilai sebesar 2,5%. Semua kebijakan politik di berbagai negara tersebut, bertujuan untuk meningkatkan anggaran jaminan kesehatan.

2.5 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia, maupun untuk warga negara asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang pengaturannya berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI,2014).

2.5.1 Prinsip JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Dalam UU No.40 Tahun 2004 tentang SJSN pada pasal 19 ayat 1, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

1. Prinsip asuransi sosial meliputi :
 - a) Kegotongroyongan antara peserta kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, serta berisiko tinggi dan rendah.
 - b) Iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan untuk peserta penerima upah atau suatu jumlah nominal tertentu untuk peserta yang tidak menerima upah.
 - c) Dikelola dengan prinsip nirlaba, artinya pengelolaan dana digunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta dan setiap surplus akan disimpan sebagai dana cadangan dan untuk peningkatan manfaat dan kualitas layanan
2. Prinsip ekuitas, yaitu kesamaan hak dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak berkaitan dengan besaran iuran yang telah dibayarkan.

2.5.2 Kepesertaan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Kepesertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dijelaskan dalam Peraturan Presiden No.12 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan yang kemudian dilakukan perbaikan penjelasan dalam Peraturan Presiden No. 111 tahun 2013. Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh warga Indonesia. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014 sampai paling lambat 1 Januari 2019. Berdasarkan Peraturan Presiden kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional yaitu:

- 1) Peserta
Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
- 2) Pekerja
Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
- 3) Pemberi Kerja
Pemberi kerja adalah orang perorangan, pengusaha, badan hukum atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja dengan membayar gaji, upah atau imbalan dalam bentuk lainnya. Pesertanya meliputi :
 - a) Peserta penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
 - b) Peserta bukan PBI yang terdiri atas :

- i) Pekerja penerima upah (Pekerja Formal) dan anggota keluarganya yaitu : PNS, Anggota TNI, Anggota POLRI, Pejabat Negara, Pegawai pemerintah non pegawai negeri, Pegawai swasta
- ii) Pekerja bukan penerima upah (Pekerja Informal) dan anggota keluarganya yaitu : Pedagang ,Pengamen, Supir angkot, Tukang becak, Tukang cukur, Tukang pijit, dan lain-lain
- c) Bukan pekerja dan anggota keluarganya yaitu :Investor, Veteran, Pensiunan

2.5.3 Hak dan Kewajiban Peserta JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Hak dan kewajiban peserta dijelaskan dalam peraturan BPJS No.1 tahun 2014 adalah sebagai berikut :

1. Hak Peserta
 - a. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan
 - b. Mendapatkan nomor *Virtual Account* yang digunakan untuk pembayaran iuran
 - c. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban peserta serta prosedur pelayan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
 - d. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan memilih fasilitas kesehatan yang dikehendaki
 - e. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke kantor BPJS Kesehatan
2. Kewajiban Peserta
 - a. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku
 - b. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan,perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama
 - c. Menjaga kartu peserta agar tidak rusak
 - d. Menaati semua ketentuan dan tatacara pelayanan kesehatan.

2.5.4 Pembiayaan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (Perpres No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan).

A .Pembayar Iuran

- 1) Bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah.
- 2) Bagi peserta PBI yang didaftarkan Pemerintah Daerah, iuran dibayar Pemerintah Daerah.

- 3) Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, Iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
- 4) Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.
- 5) Bagi anggota keluarga peserta, iuran dibayar oleh peserta
- 6) Besarnya Iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan peraturan presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak (Perpres No. 111 Tahun 2013). Berdasarkan BPJS Kesehatan besaran iuran peserta non PBI atau bagi peserta pekerja penerima upah dan pekerja bukan penerima upah adalah sebesar :



Gambar. 2.1 Iuran BPJS Kesehatan

Sumber : BPJS Kesehatan 2016

2.6 BPJS dan Perkembangannya

UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS menimbang bahwa sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. Untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional perlu dibentuk badan penyelenggara jaminan sosial yang biasa disebut dengan BPJS. BPJS adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan jaminan sosial. BPJS membentuk dua Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Pembentukan dan pengoperasian BPJS melalui serangkaian tahapan, yaitu:

- 1) Pengundangan UU No. 40 Tahun 2004 Tentang SJSN pada 19 Oktober 2004.
- 2) Pembacaan Putusan Mahkamah Konstitusi atas perkara No. 007/PUU-III/2005 pada 31 Agustus 2005.
- 3) Pengundangan UU No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS pada 25 November 2011.
- 4) Pembubaran PT Askes dan PT Jamsostek pada 1 Januari 2014.

- 5) Pengoperasian BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan pada 1 Januari 2014.

Rangkaian kronologis di atas terbagi atas dua kelompok peristiwa. Peristiwa pertama adalah pembentukan dasar hukum BPJS yang mencakup pengundangan UU SJSN, pembacaan putusan Mahkamah Konstitusi dan pengundangan UU BPJS.

Peristiwa kedua adalah transformasi badan penyelenggara jaminan sosial dari badan hukum persero menjadi badan hukum publik (BPJS). Transformasi meliputi pembubaran PT Askes dan PT Jamsostek tanpa likuidasi dan diikuti dengan pengoperasian BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Komisaris dan Direksi PT Askes serta Komisaris dan Direksi PT Jamsostek bertanggung jawab atas keberhasilan atau kegagalan transformasi dan pendirian serta pengoperasian BPJS. Di masa peralihan, keduanya bertugas :

- 1) Menyiapkan operasional BPJS untuk penyelenggaraan program jaminan sosial sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 2) Menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban Persero kepada BPJS.
- 3) Khusus untuk PT Jamsostek, menyiapkan pengalihan program, aset, liabilitas, hak dan kewajiban Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek kepada BPJS Kesehatan.

2.6.1 Asas BPJS

UU BPJS memiliki asas yang sama dengan asa yang dianut dalam UU SJSN. Pasal 2 UU BPJS menentukan bahwa BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas :

- 1) Kemanusiaan, yakni asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia
- 2) Manfaat, yakni asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif
- 3) Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, merupakan asas yang bersifat idiil.

2.6.2 Prinsip BPJS

UU BPJS pasal 4 mempunyai kesesuaian dengan UU SJSN yang memiliki prinsip diantaranya :

1) Kegotongroyongan

Yakni prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilan.

2) Prinsip Nirlaba

Yaitu prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta

3) Prinsip Keterbukaan

Yaitu prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta

4) Prinsip Kehati-hatian

Yaitu prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib

5) Prinsip Akuntabilitas

Yaitu prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan

6) Prinsip Portabilitas

Jaminan sosial ini dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta pindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah negara Indonesia.

7) Prinsip Kepesertaan bersifat wajib

Ini dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggara program. Tahapan pertama dari pekerja sektor formal, bersamaan dari itu pekerja sektor informal dapat menjadi peserta sukarela, sehingga dapat mencakup petani, nelayan dan mereka yang bekerja secara mandiri. Sehingga pada akhirnya sistem jaminan sosial nasional dapat mencakup seluruh rakyat.

8) Prinsip Dana Amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta kepada badan-badan penyelenggara yang dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan.

9) Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Merupakan hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

2.6.3 Fungsi BPJS

UU No.24 Tahun 2004 pasal 9 menentukan bahwa, "BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan." Jaminan kesehatan menurut UU SJSN 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. BPJS Ketenagakerjaan menurut UU BPJS berfungsi menyelenggarakan 4 (empat) program, yaitu program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

2.6.4 Tugas BPJS

Untuk melaksanakan fungsi tersebut BPJS melakukan tugas-tugas sebagai berikut tercantum dalam UU BPJS pasal 10:

- 1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
- 2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
- 3) Menerima bantuan iuran dari Pemerintah.
- 4) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
- 5) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
- 6) Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
- 7) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

2.6.5 Wewenang BPJS

Untuk melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud di atas BPJS berwenang tercantum dalam UU BPJS pasal 11:

- 1) Menagih pembayaran iuran
- 2) Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai

- 3) Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional
- 4) Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah
- 5) Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
- 6) Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi
- 7) kewajibannya
- 8) Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- 9) Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Kewenangan menagih pembayaran iuran dalam arti meminta pembayaran dalam hal terjadi penunggakan, kemacetan, atau kekurangan pembayaran, kewenangan melakukan pengawasan dan kewenangan mengenakan sanksi administratif yang diberikan kepada BPJS memperkuat kedudukan BPJS sebagai badan hukum publik.

2.6.6 Kewajiban BPJS

UU BPJS pasal 13 menentukan bahwa untuk melaksanakan tugasnya, BPJS berkewajiban untuk:

- 1) Memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta. Yang dimaksud dengan "nomor identitas tunggal" adalah nomor yang diberikan secara khusus oleh BPJS kepada setiap peserta untuk menjamin tertib administrasi atas hak dan kewajiban setiap peserta. Nomor identitas tunggal berlaku untuk semua program jaminan sosial.
- 2) Mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.
- 3) Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya. Informasi mengenai kinerja dan kondisi keuangan BPJS mencakup informasi mengenai jumlah aset dan liabilitas, penerimaan, dan pengeluaran untuk setiap Dana Jaminan Sosial, dan/ atau jumlah aset dan liabilitas, penerimaan dan pengeluaran BPJS.
- 4) Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan UU SJSN.
- 5) Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku; memberikan informasi kepada

peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajiban.

- 6) Memberikan informasi kepada peserta mengenai saldo Jaminan Hari Tua (JHT) dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- 7) Memberikan informasi kepada peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- 8) Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum.
- 9) Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan jaminan sosial
- 10) Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.
- 11) Kewajiban-kewajiban BPJS tersebut berkaitan dengan tata kelola BPJS sebagai badan hukum publik.

2.6.7 Hak BPJS

UU BPJS pasal 12 menentukan bahwa dalam melaksanakan kewenangannya, BPJS berhak:

- 1) Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dari DJSN.

Penjelasan Pasal 12 huruf 1 UU BPJS dikemukakan bahwa yang dimaksud dengan “dana operasional” adalah bagian dari akumulasi iuran jaminan sosial dan hasil pengembangannya yang dapat digunakan BPJS untuk membiayai kegiatan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial.

Mengenai hak memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan, dimaksudkan agar BPJS memperoleh umpan balik sebagai bahan untuk melakukan tindakan korektif memperbaiki penyelenggaraan program jaminan sosial. Perbaikan penyelenggaraan program akan memberikan dampak pada pelayanan yang semakin baik kepada peserta.

Sebelas kewajiban yang diatur dalam UU BPJS, lima di antaranya menyangkut kewajiban BPJS memberikan informasi. UU Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik memang mewajibkan badan publik untuk mengumumkan informasi publik yang meliputi informasi yang berkaitan dengan badan publik, informasi mengenai kegiatan dan kinerja

badan publik, informasi mengenai laporan keuangan, dan informasi lain yang diatur dalam peraturan perundang-undangan. Dengan keterbukaan informasi tersebut diharapkan ke depan BPJS dikelola lebih transparan dan adil, sehingga publik dapat turut mengawasi kinerja BPJS sebagai badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada pemangku kepentingan.

2.7 Pekerja Sektor Informal

Merujuk pada Undang-undang (UU) Ketenagakerjaan No.13/2003, pekerja informal mengacu pada orang yang bekerja tanpa relasi kerja, yang berarti tidak ada perjanjian yang mengatur elemen-elemen kerja, upah dan kekuasaan. Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi secara umum mendefinisikan sektor informal sebagai semua bisnis komersial dan non komersial yang tidak terdaftar, yang tidak memiliki struktur organisasi formal dan secara umum memiliki ciri-ciri: dimiliki oleh keluarga, kegiatan berskala kecil, padat karya, menggunakan teknologi yang diadaptasi dan bergantung pada sumber daya lokal.

Konferensi Internasional Statistisi Tenaga Kerja ke-17 dalam BPS (2013) mendefinisikan pekerja sektor informal sebagai “karyawan dengan hubungan kerja yang tidak tercakup dalam perundang-undangan atau dalam praktiknya tidak tunduk pada undang-undang tenaga kerja, pajak, pendapatan, perlindungan sosial atau hak tertentu untuk jaminan kerja.

Secara lebih rinci ILO/WEIGO (2013) mendefinisikan pekerja informal kedalam tiga konsep utama, yakni :

1. Sektor informal dimana mereka mengacu pada produksi dan lapangan pekerjaan pada perusahaan yang tidak terdaftar secara resmi
2. Lapangan kerja informal, yang memfokuskan pada pekerjaan diluar peraturan perlindungan tenaga kerja setempat, baik itu pada perusahaan formal maupun informal
3. Ekonomi informal yang mana mencakup seluruh perusahaan, pekerja, dan aktivitas yang berlangsung diluar kerangka peraturan ketenagakerjaan setempat dan output yang mereka hasilkan.

2.8 Penelitian Sebelumnya

Tabel.2.1. Penelitian Sebelumnya

No	Nama Penulis	Judul	Variabel	Indikator	Hasil	Publikasi
1	Triyono dan Soewartoyo	Kendala kepesertaan program Jaminan Sosial Terhadap Pekerja di sektor Informal : Studi kasus di Kota Surabaya	Program Jaminan Sosial dan Pekerja Sektor Informal	-Upah -Pengetahuan	Diperlukan berbagai transformasi pengetahuan, distribusi ekonomi atau subsidi silang serta sosialisasi terhadap program jaminan sosial nasional sehingga pelaksanaan jaminan sosial nasional dapat dilaksanakan sesuai jadwal tahun 2014 agar mampu meningkatkan perekonomian bangsa terutama kaum pekerja	Jurnal Hukum PRIORIS, Vol.3 No 3, Tahun 2013
2	Fredi Andria dan Nandang Kusnadi	Dampak Kepesertaan BPJS bagi pekerja Informal di Kota Bogor	BPJS dan Pekerja Informal	Ekonomi Informal yaitu : 1) Perusahaan keluarga, terdiri dari pekerja mandiri, pekerja keluarga, pekerja magang, dan mereka yang tidak memiliki pegawai tetap. 2) Perusahaan kecil, terdiri dari unit usaha dengan pegawai berjumlah kurang dari 5-10 orang dan tidak terdaftar sebagai	Kepesertaan penduduk sektor informal di Kota Bogor masih rendah, hanya mencapai 30% dari total penduduk. Penduduk sektor informal yang bekerja di perusahaan-perusahaan kecil, wiraswasta disektor perekonomian informal dan yang menganggur atau telah lanjut usia , akan bergantung pada asuransi pribadi atau bantuan dari keluarga dekat dan jauh serta masyarakat setempat , mengakibatkan keberlanjutan jaminan kesehatan kelompok ini sangat terbatas . Agar kepesertaan meningkat dan cakupan jaminan kesehatan dapat diperluas , maka kelompok-kelompok pekerja sektor informal yang ada di Wilayah Bogor harus dapat dikenali keberadaannya dan sekaligus dapat dibedakan karakteristiknya	JIMFE (Jurnal Manajemen Fakultas Ekonomi), Volume 3, No.1 Tahun 2017, Hal 1-15

No	Nama Penulis	Judul	Variabel	Indikator	Hasil	Publikasi
				perusahaan		
3	Erlin Elisa	Analisa dan Penerapan Algoritma C.45 dalam <i>Data Mining</i> untuk mengidentifikasi faktor-faktor penyebab kecelakaan	Penerapan Algoritma C.45 dan Kecelakaan Kerja Konstruksi PT.Aruphadatu Adisesanti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pohon Keputusan 2. Konsep Entropy dan Konsep Gain 	Algoritma C.45 merupakan salah satu algoritma modern untuk melakukan 1 <i>data mining</i> , algoritma C.45 disebut juga dengan pohon keputusan yang merupakan salah satu metode klasifikasi yang menggunakan representasi struktur pohon, dimana setiap node mempresentasikan atribut, cabangnya mempresentasikan nilai dari atribut dan daun mempresentasikan kelas, konsep dari pohon keputusan ini dengan mengumpulkan data selanjutnya dibuatkan pohon keputusan yang kemudian akan dihasilkan <i>rule-rule</i> solusi permasalahan. Dari hasil penelitian faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya kecelakaan kerja konstruksi yang sering terjadi adalah lingkungan tempat kerja, rambu-rambu keselamatan pekerja dan cara kerja.	JOIN.Vol 2, No.1, Juni 2017

No	Nama Penulis	Judul	Variabel	Indikator	Hasil	Publikasi
4	Ade Nurul Aida	Kendala Indonesia dalam Transisi Menuju UHC	UHC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penerimaan manfaat pelayanan kesehatan seluruh penduduk menyebutkan suatu negara dikatakan tercapai dalam UHC jika lebih dari 80% penduduk terlindungi oleh asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan 2. Ketersediaan pelayanan esensial yang merata dan aksesibel 3. Cakupan perlindungan kesehatan mulai dari pelayanan sederhana sampai pelayanan bebriaya mahal yang mencakup pelayanan <i>Promotif</i>, 	Target pemerintah dalam menerapkan <i>Universal Health Coverage</i> (UHC) ditahun 2019 masih memiliki sejumlah kendala baik berupa perluasan cakupan bagi tenaga kerja informal, integrasi jamkesda ke dalam JKN, pelayanan kesehatan ,pemerataan fasilitas,dan tenaga kesehatan , serta nilai ke gotong royongan. Untuk itu perlu peran pemerintah dalam menentukan formulasi kebijakan yang mampu mengatasi hal tersebut demi peningkatan layanan kesehatan dan target UHC yang akan dicapai.	Buletin APBN Pusat Kajian Keahlian DPR RI,Edisi 15, Vol 1, Agustus 2016 (ISSN:2502-8685)

No	Nama Penulis	Judul	Variabel	Indikator	Hasil	Publikasi
				<i>Preventif, Kuratif, dan Rehabilitatif</i>		
5	Viona Febya Pangestika, Sutopo Patria Jati, dan Ayun Sriatmi	Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kepesertaan Sektor Informal Kesehatan Mandiri di Kelurahan Poncol, Kecamatan Pekalongan Timur, Kota Pekalongan	Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kepesertaan Sektor Informal dan BPJS Kesehatan	-	Menunjukkan bahwa Variabel yang terkait dengan partisipasi sektor informal di BPJS Kesehatan sendiri adalah pengeluaran bulanan rata-rata ($p = 0,001$), kemauan membayar ($p = 0,000$), kemampuan membayar ($p = 0,000$), dan dukungan keluarga ($p = 0,009$). Sedangkan variabel yang tidak berhubungan adalah pengetahuan ($p = 0,053$), total ketergantungan keluarga ($p = 0,635$), dan pendapatan ($p = 0,050$). Situasi ekonomi dan dukungan keluarga menjadi faktor utama partisipasi sektor informal di BPJS Kesehatan Diri.	Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-journal), Vol 5, No.3 ,Juli 2017 (ISSN:2356-3346)

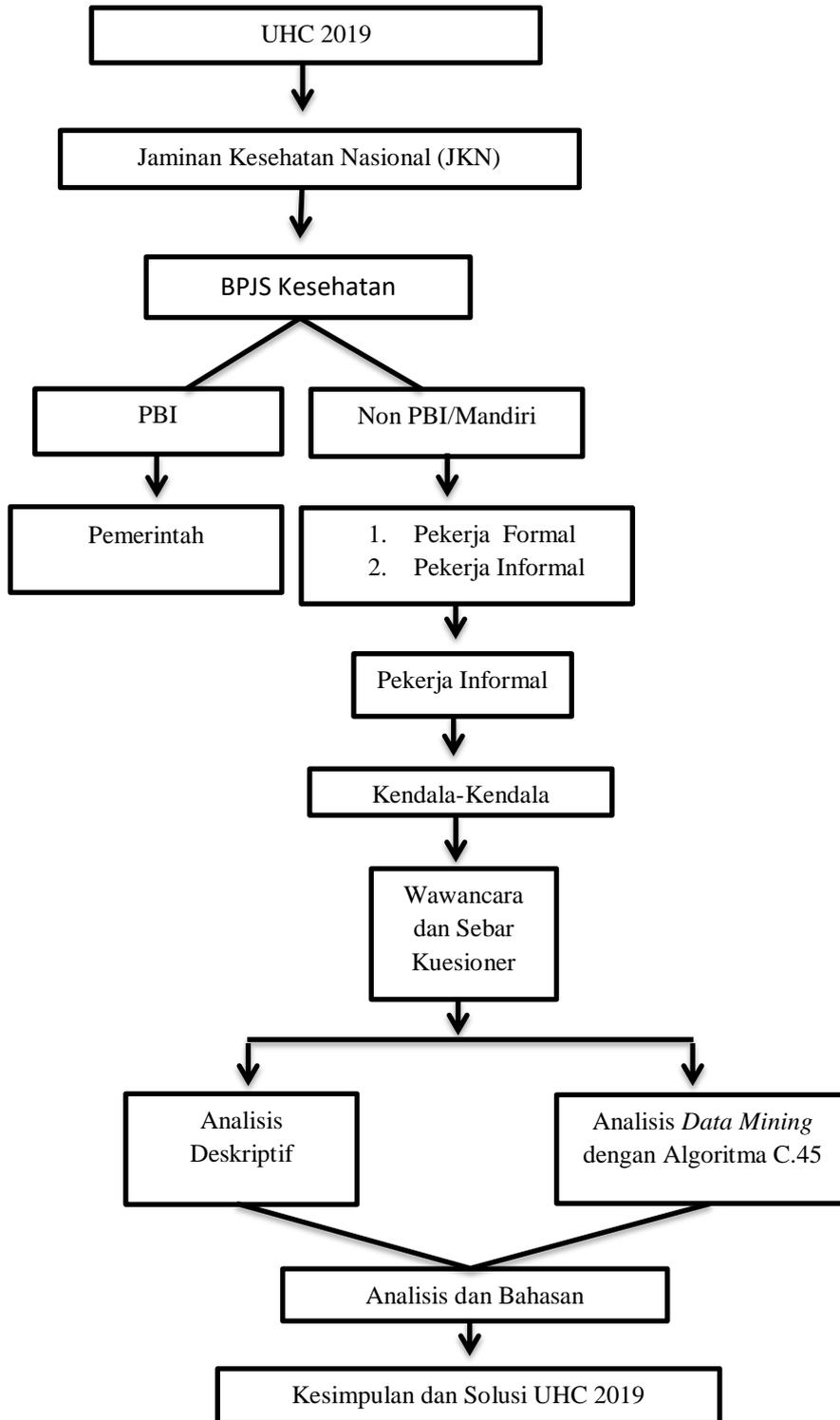
2.9 Kerangka Pemikiran

Di Tahun 2019 pemerintah mempunyai capaian target Program Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh masyarakat yaitu UHC. Menurut WHO menyebutkan bahwa *Universal health coverage* (UHC) merupakan sistem kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif* bermutu dengan biaya terjangkau. Cakupan universal mengandung dua elemen inti yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, dan perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan.

Untuk menuju penjaminan kesehatan yang lebih baik dan menyeluruh, pemerintah Indonesia menetapkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) dimana sekarang berubah nama menjadi Jaminan Kesehatan Nasional. Jaminan kesehatan merupakan prioritas yang akan dikembangkan untuk mencapai UHC. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia, maupun untuk warga negara asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang pengaturannya berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI,2014).

Program JKN ini diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan baik peserta PBI yang iurannya dari pemerintah dan non PBI atau biasa disebut dengan peserta mandiri seperti pekerja formal dan pekerja informal. Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional bagi upaya kesehatan perorangan berdasarkan bunyi Pasal 20 (1) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Berdasarkan Peraturan Presiden RI No. 12 Tahun 2013, pemerintah juga bertanggung jawab atas pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat melalui BPJS Kesehatan yang merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) bagi seluruh rakyat. Peneliti melihat bahwa target UHC 2019 ini belum tercapai karena banyaknya kendala yang dihadapi salah satunya dari para pekerja informal sekitar 30% belum menjadi peserta BPJS Kesehatan .

Penelitian terdahulu Erlin Elisa dalam JOIN, Volume 2 No.1, Juni 2017 menyebutkan bahwa untuk mengetahui kendala bisa digunakan metode analisis *Data Mining* dengan Algoritma C.45. Selain itu peneliti melakukan Wawancara dan Sebar Kuesioner serta Analisis Deskriptif dengan menggunakan SPSS 21 untuk mendapatkan kesimpulan dan solusi. Untuk lebih jelasnya bisa dilihat pada gambar dibawah ini :



Gambar 2.2 Kerangka Pemikiran

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian dengan metode deskriptif eksploratif studi kasus, dimana dilakukan dengan survey langsung ke lapangan.

3.2 Objek, Unit Analisis, dan Lokasi Penelitian

- a) Objek Penelitian pada penelitian ini adalah Target Pencapaian Kepesertaan pekerja sektor informal dalam mencapai UHC 2019
- b) Unit analisis dalam penelitian ini yaitu BPJS Kesehatan kota bogor dan para pekerja informal yang menjadi peserta dan yang belum menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional
- c) Lokasi penelitian ini dilakukan di Kota Bogor. Wilayah ini dipilih karena melihat dari data kepesertaan bpjs kesehatan para pekerja sektor informal masih banyak yang belum tercover dalam bpjs kesehatan. Pembagian daerah survey akan dilakukan di 6 Kecamatan yaitu Bogor Timur, Bogor Barat, Bogor Utara, Bogor Selatan, Bogor Tengah dan Tanah Sareal . Penyusunan kuisisioner yaitu untuk para pekerja sektor informal. Kuisisioner akan disusun melalui model pertanyaan tertutup sehingga lebih efektif dalam proses pengolahan dan analisis data.

3.3 Jenis dan Sumber Data Penelitian

- a) Jenis data penelitian
Data-data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data kualitatif. Menurut Creswell(2014) data kualitatif merupakan data yang diambil dari proses eksplorasi dan memahami makna perilaku individu dan kelompok, menggambarkan masalah sosial. Proses penelitiannya mencakup membuat pertanyaan penelitian dan prosedur yang masih bersifat sementara dan perlu diolah lebih lanjut dengan tujuan nantinya memberikan interpretasi terhadap suatu makna.
- b) Sumber Data Penelitian
Sumber data penelitian yang digunakan adalah data primer dan data sekunder.
 - 1) Data Primer
Data primer merupakan data kegiatan yang diperoleh dari survey langsung ke lapangan. Data primer dalam kegiatan ini akan diperoleh melalui observasi langsung, penyebaran kuesioner (daftar pertanyaan), dan wawancara mendalam.
 - 2) Data Sekunder
Data sekunder merupakan data penelitian yang diperoleh dari sumber tidak langsung. Data sekunder dalam kegiatan ini berupa literatur yang relevan seperti buku-buku, jurnal penelitian, media massa cetak/elektronik, laporan dari lembaga/institusi terkait, peraturan perundang-undangan, dan sebagainya.

3.4 Operasionalisasi Variabel

Tabel 3.1 Operasionalisasi Variabel
Kendala Pencapaian Target Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Pekerja Sektor Informal dalam Mencapai UHC 2019
(Studi Kasus di Kota Bogor)

Variabel	Indikator	Ukuran	Skala
Kendala Pencapaian Target Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Pekerja Sektor Informal dalam Mencapai UHC 2019	1) Penerimaan manfaat pelayanan kesehatan seluruh penduduk menyebutkan suatu Negara dikatakan tercapai dalam UHC jika lebih dari 80% penduduk terlindungi oleh asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan.	1. Tingkat perlindungan asuransi kesehatan penduduk yang dicakup	1.Ordinal
	2) Ketersediaan pelayanan esensial yang merata dan aksesibel	2. Tingkat kelengkapan paket pelayanan kesehatan yang dijamin	2.Ordinal
	3) Cakupan perlindungan kesehatan mulai dari pelayanan sederhana sampai pelayanan berbiaya mahal yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.	3. Tingkat cakupan perlindungan biaya kesehatan yang masih ditanggung penduduk	3.Ordinal

3.5 Metode Penarikan Sampel

Penentuan teknik sampel diawali dengan penentuan populasi yakni para pekerja informal yang menjadi peserta program jaminan sosial kesehatan di Kota Bogor. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *sampling* bertingkat (*multi stage sampling*). Tahap awal, sampel diambil dengan metode *area sampling* (sampel daerah) dengan maksud untuk menentukan daerah-daerah yang menjadi obyek penelitian.

Husein Umar (2013) menyatakan bahwa *area sampling* sesuai untuk penelitian dimana melibatkan populasi yang besar dan tersebar di daerah yang luas. Melalui teknik area sampling di kota bogor, dipilih 6 wilayah yaitu Timur, Barat, Utara, Selatan, Tengah dan Tanah Sareal. Penyusunan kuisisioner akan dilakukan secara bertahap, karena meliputi kuisisioner untuk para pekerja sektor informal (a) dan kuisisioner untuk pemangku kepentingan (b). Kuisisioner (a) akan disusun melalui model pertanyaan tertutup sehingga lebih efektif dalam proses pengolahan dan analisis data. Tahapan kedua, setelah representasi area dari masing-masing wilayah ditentukan, kemudian dipilih responden dalam setiap area untuk melalui *purposive sampling*. Metode ini menurut Husein(2013) dilakukan dengan cara mengambil orang-orang yang terpilih oleh peneliti menurut pertimbangan atau ciri-ciri khusus yang dimiliki oleh sampel itu. Berdasarkan metode *purposive sampling* ,diperoleh kriteria responden sebagai berikut :

- 1) Pedagang Kecil (mencakup pedagang asongan/jalanan, pedagang kaki lima, tukang jamu gendong, pedagang sembako/pedagang pasar, penjaja makanan keliling, penjual rokok pinggir jalan dan lainnya).
- 2) Penjual Jasa, (tukang jahit, pemulung, tukang ojek, tukang becak, penata parker, tukang tambal ban, tukang urut/pijat, pengumpul sampah dan lainnya).
- 3) Buruh Tani, Buruh Ternak, dan lainnya.

Penentuan ukuran sampel dari populasi digunakan rumus slovin yaitu :

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan

n :Jumlah Sampel

N : Jumlah Populasi

e^2 : Error/nilai kritis/batas ketelitian yang diinginkan, atau % tingkat kesalahan/error yang masih dapat ditolerir (=1%, 5%, 10%)

$$n = \frac{25.100.000}{1 + 25.100.000(10\%)^2}$$

$$n = 100$$

Jadi untuk jumlah total sampel dalam penelitian ini adalah 100 (seratus) responden. Jumlah ini dipecah ke dalam 6 (enam) kecamatan tadi, dan masing-masing area dipilih sebanyak 10 – 20 orang responden.

3.6 Metode Pengumpulan Data

Berdasarkan metode sampling diatas, maka data yang terpilih dikumpulkan melalui metode survey secara langsung ke tempat. Metodenya yaitu :

1) Wawancara

Wawancara merupakan metode yang mencakup cara yang dipergunakan seseorang untuk mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seorang responden, dengan bercakap-cakap, berhadapan muka dengan orang itu.

Sebagai salah satu cara pengumpulan data dapat dilakukan wawancara langsung terkait penelitian untuk memperoleh informasi dan keterangan secara lebih jelas. Terutama berbagai aspek mengenai masalah kepesertaan program jaminan kesehatan nasional di kota Bogor. Cara wawancara yang dilakukan yaitu mendatangi para pekerja sektor informal sesuai kategori dengan langsung tatap muka.

2) Sebar angket (Kuesioner), cara yang dilakukan yaitu dengan membuat kuesioner berbentuk pernyataan dan pertanyaan, dimana disebar kepada para pekerja informal baik yang sudah terdaftar dan belum terdaftar dalam kepesertaan serta pada pemangku kepentingan yaitu kantor BPJS Kesehatan kota Bogor

3) Studi pustaka

Dengan mencari sumber-sumber lain yang akan mendukung dalam penelitian, baik melalui jurnal ataupun kajian penelitian terdahulu

4) Dokumentasi

Dokumentasi adalah mengumpulkan data terkait dengan permasalahan pada penelitian untuk dipelajari yaitu berupa dokumen, buku, media massa dan sumber lainnya yang bersifat relevan. Dokumentasi dalam penelitian ini berasal dari data-data yang telah ada untuk dianalisis bersama dengan sumber data lain yang diperoleh baik dokumentasi dari BPJS Kesehatan kota Bogor.

5) Observasi

Melakukan penelitian dengan turun langsung ke lapangan dengan melakukan pengamatan kepada para pekerja informal

3.7 Metode Pengolahan/Analisis data

1. Analisis Deskriptif

Merupakan suatu metode dalam meneliti status sekelompok manusia, suatu objek, ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang. Tujuannya untuk membuat deskripsi, gambaran, atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta serta hubungan antar fenomena yang diteliti. Pengolahan data akan dilakukan dengan aplikasi *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versi 21.

2. Analisa Data Mining dengan menggunakan Algoritma C4.5

Data mining didefinisikan sebagai proses menemukan pola dalam data. Proses ini harus otomatis atau biasanya secara semi-otomatis. Pola yang dihasilkan harus berarti bahwa pola tersebut memberikan beberapa keuntungan. Pola tersebut diidentifikasi, divalidasi, dan digunakan untuk membuat sebuah prediksi. Witten, Frank, dan Hall[8].

Klasifikasi merupakan salah satu teknik data mining. Klasifikasi merupakan proses penempatan objek atau konsep tertentu ke dalam satu set kategori berdasarkan objek yang digunakan. Salah satu teknik klasifikasi yang paling populer digunakan adalah *decision tree*, Han dan Kamber[6]. *Decision tree* merupakan salah satu metode klasifikasi yang menggunakan representasi struktur pohon (*tree*) di mana setiap *node* merepresentasikan atribut, cabangnya merepresentasikan nilai dari atribut, dan daun merepresentasikan kelas. *Node* yang paling atas dari *decision tree* disebut sebagai *root*.

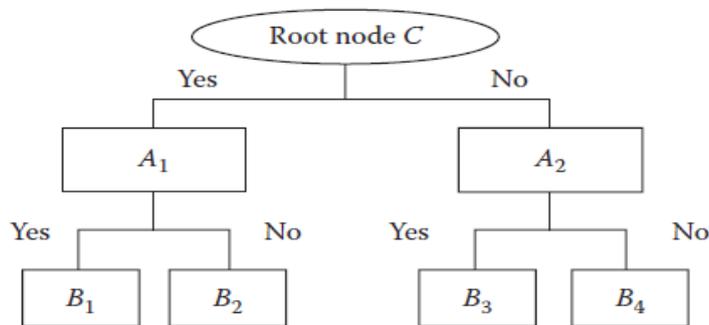
Pada *decision tree* terdapat 3 jenis *node*, yaitu:

- a. *Root Node*, merupakan *node* paling atas, pada *node* ini tidak ada *input* dan bisa tidak mempunyai *output* atau mempunyai *output* lebih dari satu.
- b. *Internal Node*, merupakan *node* percabangan, pada *node* ini hanya terdapat satu *input* dan mempunyai *output* minimal dua.
- c. *Leaf node* atau *terminal node*, merupakan *node* akhir, pada *node* ini hanya terdapat satu *input* dan tidak mempunyai *output*.

Algoritma yang dipakai dalam pembentukan pohon keputusan yaitu Algoritma C4.5. Data dalam pohon keputusan biasanya dinyatakan dalam bentuk tabel

dengan atribut . Atribut menyatakan suatu parameter yang dibuat sebagai kriteria dalam pembentukan pohon.

Seperi ditunjukkan dalam Gambar 3.1 , *decision tree* tergantung pada aturan *if-then*. *Decision tree* dapat mengelola nilai-nilai yang hilang atau data *noise*, Dua dan Xian [10]. Penerapan Algoritma C4.5 Pada Program Klasifikasi Kendala Pencapaian Target Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dalam Mencapai UHC 2019.



Gambar 3.1 Contoh Struktur *Decision Tree*

Sumber : Dua dan Xian [10]

Algoritma C4.5 dan pohon keputusan merupakan dua model yang tak terpisahkan, karena untuk membangun sebuah pohon keputusan, dibutuhkan algoritma C4.5. Ada beberapa tahapan dalam membuat sebuah pohon keputusan dalam algoritma C4.5, Larose [9] yaitu :

- 1) Mempersiapkan data *training*. Data *training* biasanya diambil dari data *histori* yang pernah terjadi sebelumnya atau disebut data masa lalu dan sudah dikelompokkan dalam kelas-kelas tertentu.
- 2) Menghitung akar dari pohon. Akar akan diambil dari atribut yang akan terpilih, dengan cara menghitung nilai *gain* dari masing-masing atribut, nilai *gain* yang paling tinggi yang akan menjadi akar pertama. Sebelum menghitung nilai *gain* dari atribut, hitung dahulu nilai *entropy*. Untuk menghitung nilai *entropy* digunakan rumus :

$$Entropy (S) = \sum_{i=1}^n - p_i \log_2 p_i$$

Keterangan :

S= Himpunan kasus

n = jumlah partisi S

P_i = proporsi S_i terhadap S

Kemudian hitung nilai *gain* menggunakan rumus :

$$Gain (S, A) = entropy (S) - \sum_{i=1}^n \frac{|S_i|}{S} * Entropy (S_i)$$

Keterangan :

S = Himpunan Kasus

A = Fitur

n = jumlah partisi atribut A

|S_i| = Proporsi S_i terhadap S

|S| = jumlah kasus dalam S

- 3) Ulangi langkah ke 2 dan langkah ke 3 hingga semua *record* terpartisi
- 4) Proses partisi pohon keputusan akan berhenti saat :
 - a. Semua *record* dalam simpul N mendapat kelas yang sama.
 - b. Tidak ada atribut di dalam *record* yang dipartisi lagi
 - c. Tidak ada *record* di dalam cabang yang kosong

Aplikasi yang digunakan untuk membuat pohon keputusan yaitu dengan menggunakan aplikasi WEKA, dimana yang menjadi atributnya yaitu :

- 1) Pelaksanaan program BPJS Kesehatan
- 2) Sosialisasi program BPJS Kesehatan
- 3) Informasi tempat-tempat penerima peserta BPJS Kesehatan
- 4) Sarana dan Prasarana pelayanan kesehatan yang ada saat ini
- 5) Iuran yang diberlakukan kepada peserta saat ini
- 6) Ketersediaan obat-obatan
- 7) Kebutuhan untuk mengikuti program BPJS Kesehatan

Dari ke tujuh kendala tersebut akan ditentukan variabel yang akan menjadi keputusan atau pilihan pekerja sektor informal dalam kepesertaan yaitu apakah LANJUT atau TIDAK LANJUT untuk mendaftar dalam BPJS Kesehatan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian dan pembahasan dalam skripsi ini berupa deskripsi mengenai karakteristik para pekerja sektor informal, pembahasan tentang kendala pencapaian target kepesertaan dalam program jaminan kesehatan nasional, upaya apa saja yang sudah dilakukan BPJS Kesehatan cabang kota Bogor untuk menghadapi kendala kepesertaan dan pembahasan mengenai apakah para pekerja informal mampu mengikuti program jaminan kesehatan nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dalam mencapai UHC 2019.

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di beberapa tempat di daerah kota Bogor yang dibagi menjadi 6 kecamatan yaitu Bogor Timur, Bogor Selatan, Bogor Utara, Bogor Barat, Bogor Tengah, dan Tanah Sareal. Keenam kecamatan ini dipilih yaitu para pekerja sektor informal yang menjadi peserta program jaminan kesehatan dan yang belum menjadi peserta. Kriteria para pekerja sektor informal/responden yang diteliti diantaranya yaitu :

1. Pedagang kecil (mencakup pedagang asongan/jalanan, pedagang kaki lima, tukang jamu gendong, pedagang sembako/pdagang pasar, penjaja makanan keliling, penjual rokok pinggir jalan dan lainnya)
2. Penjual jasa (tukang jahit, pemulung, tukang ojek, tukang tambal ban, tukang urut/pijat, pengumpul sampah dan lainnya)
3. Buruh Tani, Buruh Ternak, dan lainnya.

Selain itu peneliti melakukan riset di kantor BPJS Kesehatan cabang Kota Bogor yang berlokasi di Jl. Ahmad Yani No. 62E Tanah Sarel, Kota Bogor, Jawa Barat 16161 [telepon: \(0251\) 84441253](tel:025184441253) dengan bangunan fisik gedung berlantai 2.



Gambar. 4.1 Peta Lokasi Kantor BPJS Kesehatan Kota Bogor
Sumber : Google maps

4.1.1 Sejarah dan Perkembangan BPJS Kesehatan

Adapun sejarah singkat mengenai perubahan BPJS Kesehatan dapat dilihat melalui gambar 4.2 berikut ini:



Gambar 4.2 Sejarah BPJS Kesehatan

Sumber: Materi Diklat BPJS Kesehatan (2014)

Melalui gambar 4.2 dapat dijelaskan beberapa tahap sejarah BPJS Kesehatan yaitu sebagai berikut:

- 1) Tahun 1968, Pemerintah mengeluarkan kebijakan untuk mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Kemudian menteri kesehatan membentuk Badan Khusus yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan beserta anggota keluarganya.
- 2) Tahun 1984, Pemerintah menerbitkan peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima pensiun, dan Pejabat Negara beserta anggota keluarganya. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984 badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti.
- 3) Tahun 1992, Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri.
- 4) Tahun 2014, Mulai tanggal 1 Januari 2014, PT.Askes Indonesia (Persero) berubah nama menjadi BPJS Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang no. 24 tahun 2011 tentang BPJS. Selain itu, perubahan ini merupakan tindak lanjut dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang antara lain mengamanatkan dapat dilaksanakannya jaminan dan perlindungan kesehatan secara semesta/ *universal coverage* bagi seluruh penduduk dan rakyat Indonesia berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

4.1.2 Visi dan Misi BPJS Kesehatan

Adapun visi dan misi BPJS Kesehatan yang telah dibuat dapat dilihat sebagai berikut (Humas BPJS Kesehatan, 2010)

Visi BPJS Kesehatan:

CAKUPAN SEMESTA 2019 Paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

Misi BPJS Kesehatan:

Misi BPJS Kesehatan ialah membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

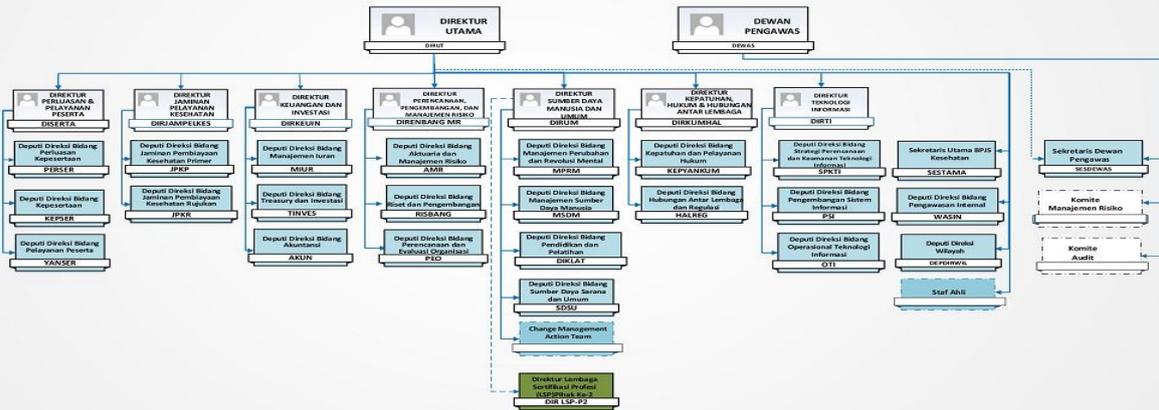
Misi tersebut adalah:

- 1) Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan.
- 2) Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
- 3) Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.
- 4) Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.
- 5) Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasionalisasi BPJS Kesehatan.

4.1.3 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 10 Tahun 2017 tentang Struktur Organisasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017, dapat dijabarkan pada gambar berikut ini mengenai struktur organisasi yang telah dibuat oleh pihak BPJS Kesehatan:

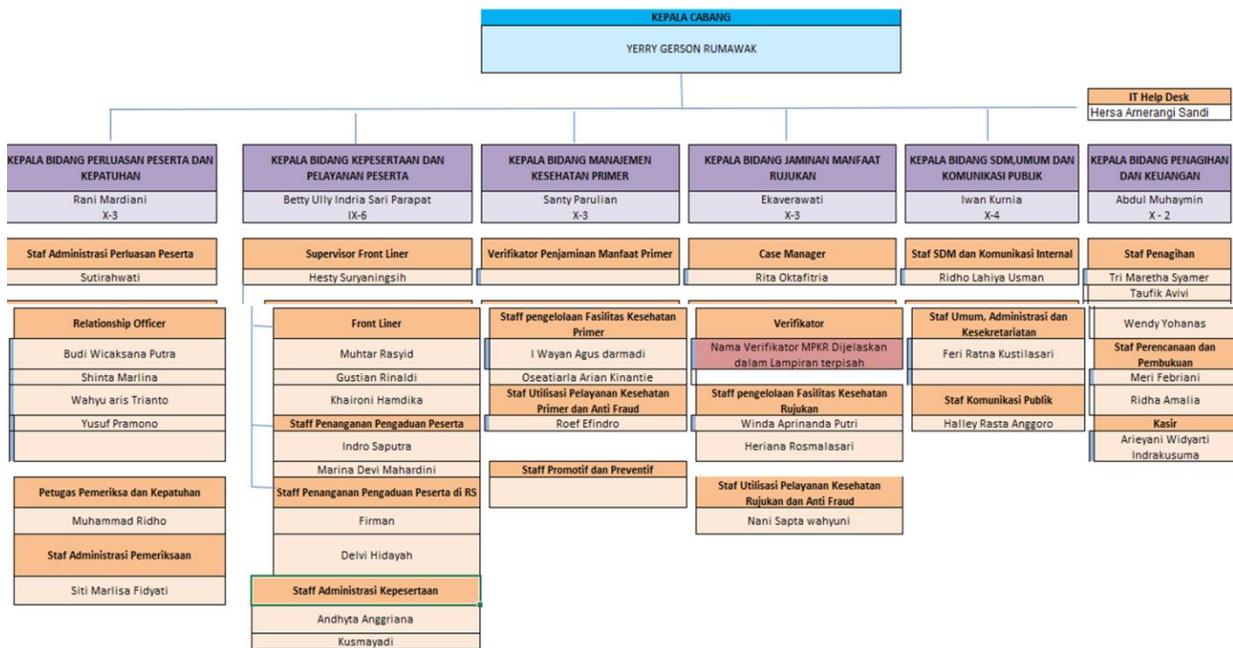
**STRUKTUR ORGANISASI
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN**



Gambar 4.3 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Pusat 2017

Sumber: Perdir BPJS Kesehatan (2017)

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI KANTOR CABANG BOGOR



Gambar. 4.4 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Kota Bogor 2017

Sumber : Kantor Cabang BPJS Kesehatan Kota Bogor

4.1.4 Kegiatan Usaha BPJS Kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional

- 1) Landasan Hukum BPJS Kesehatan
 - a. Undang-Undang Dasar 1945.
 - b. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
 - c. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
 - d. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial.
 - e. Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan.
 - f. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
 - g. Peraturan Presiden Nomor 108 Tahun 2013 tentang Bentuk dan Isi
- 2) Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial.

BPJS Kesehatan menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas:

 - a) Kemanusiaan.
 - b) Manfaat.
 - c) Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
- 3) BPJS Kesehatan menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip:
 - a) Kegotongroyongan.
 - b) Nirlaba.
 - c) Keterbukaan.
 - d) Kehati-hatian.
 - e) Akuntabilitas
 - f) Portabilitas
 - g) Kepesertaan bersifat wajib
 - h) Dana amanat
 - i) Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan Peserta.
- 4) Peserta

Peserta sebagaimana Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 dan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Kelompok Peserta meliputi:

- a) Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI): fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b) Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), terdiri dari:
 - 1. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya.
 - 2. Pegawai Negeri Sipil.
 - 3. Anggota TNI.
 - 4. Anggota Polri.
 - 5. Pejabat Negara.
 - 6. Pimpinan dan Anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.
 - 7. Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri.
 - 8. Pegawai Swasta.

Pekerja yang tidak termasuk angka (1 s.d. 7) yang menerima upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 bulan dan didaftarkan oleh masing-masing Pemberi Kerja.

5) Anggota Keluarga yang Ditanggung

- a) Pekerja Penerima Upah:
 - 1. PPU dan anggota keluarganya meliputi Pekerja Penerima Upah, istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah dan anak angkat yang sah sebanyakbanyaknya 5 orang.
 - 2. Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan kriteria: Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri dan belum berusia 21 tahun atau belum berusia 25 tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
- b) Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain (keluarga tambahan) meliputi anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua.

6) Manfaat JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi berupa ambulans. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif* termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- 1) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- 2) Imunisasi dasar, meliputi *Baccille Calmett Guerin* (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan HepatitisB (DPTHB), Polio, dan Campak.
- 3) Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.

- 4) *Skrining* kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

4.2 Kondisi/Fakta Pelaksanaan Program BPJS Kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional dengan Masyarakat Ekonomi Informal

Istilah sektor informal pertama kali dilontarkan Yahya (2018) pada Kajian Evaluasi Pembangunan Sektoral yang menyatakan bahwa sektor informal merupakan bagian dari angkatan kerja kota yang berada di luar pasar tenaga terorganisasi. Menurut UU No 13 tahun 2003 tentang ketenagakerjaan, pekerja informal adalah orang yang bekerja tanpa relasi kerja, yang berarti tidak ada perjanjian yang mengatur elemen-elemen kerja, upah dan kekuasaan. Sementara itu, kementerian tenaga kerja dan transmigrasi secara umum mendefinisikan sektor informal sebagai semua bisnis komersial dan non-komersial yang tidak terdaftar, yang tidak memiliki struktur organisasi formal dan secara publik memiliki ciri: dimiliki oleh keluarga, kegiatan berskala kecil, padat karya, menggunakan teknologi yang diadaptasi dan bergantung pada sumber daya lokal.

Karakteristik sektor informal menurut Bappenas (2013): Pekerja tanpa ada hubungan yang formal antara pekerja dengan majikan, pendapatan yang tidak dapat diprediksi dan tidak stabil, sebagian besar memiliki pendapatan rendah. Rata-rata pendapatan rumah tangga pekerja ini adalah 1.508.724 per bulan, sebanyak 80% dari rumah tangga memiliki pendapat dibawah nilai rata-rata tersebut, Jumlah yang besar (terdiri dari 53,2 juta pekerja upah dan 20 juta pekerja tanpa upah), defisit dalam hal perlindungan sosial dan defisit dalam hal organisasi dan hak suara. Jika melihat dari karakteristik sektor informal ini bisa memengaruhi keikutsertaan para pekerja sektor informal dalam BPJS Kesehatan. Menurut Dartanto *et al.* (2015), alasan mengapa masyarakat sektor informal masih enggan mendaftar JKN adalah :

- 1) Tidak tahu tentang Jaminan Kesehatan (39%)
- 2) Tidak tahu cara mendaftar (19%)
- 3) Tidak punya cukup uang (20%)
- 4) Iuran JKN lebih mahal dibanding manfaat yang didapat (6%)
- 5) Sudah menabung untuk keperluan kesehatan (2%)

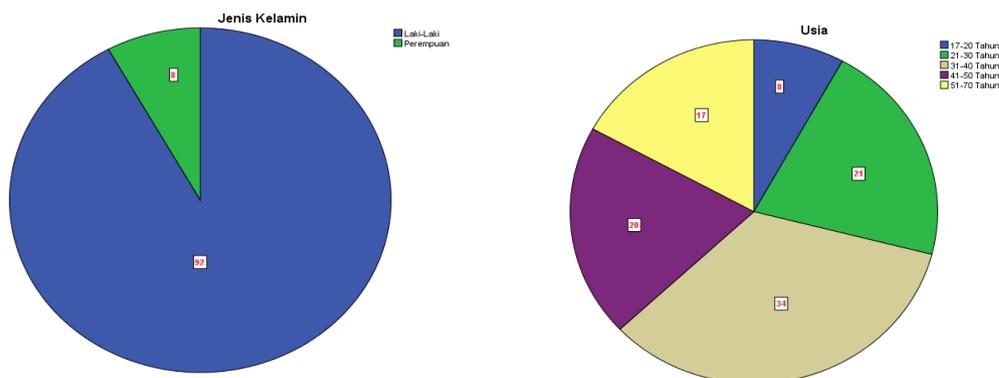
Berdasarkan alasan tersebut, merupakan salah satu tantangan terbesar untuk mencapai UHC bukanlah besaran premi yang harus dibayarkan melainkan kurangnya kesadaran tentang asuransi/jaminan. Sebagian besar masyarakat, terutama dari kalangan ekonomi menengah ke bawah tidak tahu bagaimana sistem asuransi bekerja dan apa manfaatnya. Selain itu, pandangan-pandangan konservatif terkait sakit dan bagaimana masyarakat harus menghadapinya juga menjadi alasan yang potensial (Dartanto *et al.*, 2015). Menurut Simanjuntak (Bagus, 2013), kegiatan sektor informal sangat beragam yaitu : Pedagang kaki lima, pedagang keliling, tukang warung, tukang cukur, tukang becak, tukang sepatu, tukang loak, pedagang, tukang supir angkutan umum, dan para pengrajin.

4.3 Analisis dan Bahasan

Bagian awal akan dimulai dengan menyajikan profil responden untuk memberikan gambaran mengenai latar belakang para responden, kemudian dilanjutkan dengan analisis deskriptif atas informasi yang dihasilkan dari hasil survey dengan menggunakan tabulasi silang untuk melihat perbedaan respon atas suatu pertanyaan antara berbagai identitas responden, kemudian yang terakhir akan disajikan pula analisis *data mining* dengan algoritma C4.5 untuk melihat kendala-kendala apa saja yang menyebabkan rendahnya target kepesertaan program jaminan kesehatan nasional yang diikuti oleh para pekerja sektor informal.

4.3.1 Profil Responden

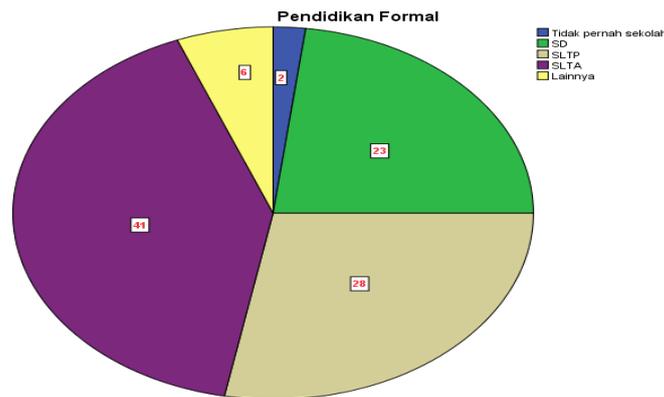
Berdasarkan hasil survey lapangan dari *Roadmap* bapak Fredi Andria yang dilakukan melalui sebar kuesioner dan kondisi fakta yang terjadi terkait pelaksanaan program BPJS Kesehatan jaminan kesehatan nasional, dapat dijelaskan bahwa jumlah sampel responden pekerja sektor informal sebanyak 100 orang yang tersebar di 6 kecamatan. Responden tersebut terdiri atas 92 laki-laki dan 8 perempuan. Sebaran responden berdasarkan usia mayoritasnya 34 orang berada dalam klasifikasi usia produktif 31- 40 tahun, diikuti dengan jumlah yang dominan kedua dan ketiga berturut-turut adalah 21 orang usia 21-30 tahun dan 20 orang usia 41-50 tahun, serta hanya sedikit sekali porsi responden di usia 17-20 tahun. (Lihat gambar 4.5)



Gambar 4.5. Sebaran responden berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia

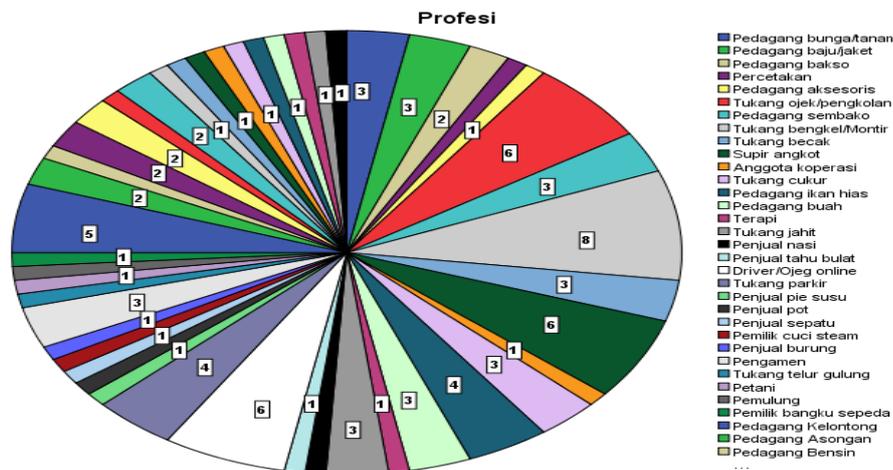
Sumber : Data Primer diolah,2019

Profil selanjutnya terkait pendidikan responden, mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan setingkat SLTA yaitu 41 orang, namun jumlah responden yang memiliki tingkat pendidikan SD dan SLTP juga cukup banyak, yaitu 23 dan 28 orang dan lainnya yaitu untuk tingkat S1,S2,S3 sebanyak 6 orang dan 2 orang yang tidak menuntaskan pendidikannya. Jadi dapat disimpulkan bahwa dominan responden memiliki pendidikan yang cukup baik. (Lihat Gambar 4.6)



Gambar 4.6. Sebaran responden berdasarkan pendidikan formal
 Sumber : Data primer diolah, 2019

Dari 100 orang responden yang di survey, ada 4 profesi yang ditemukan yakni kategori tukang bengkel/montir yaitu berjumlah 8 orang, tukang ojeg pengkolan 6 orang, supir angkot 6 orang dan ojeg online 6 orang. Selanjutnya jenis profesi responden lainnya yang bisa dihitung secara signifikan adalah pedagang kelontong 5 orang, pedagang ikan hias 4 orang dan tukang parkir 4 orang (Lihat gambar 4.7)



Gambar 4.7. Sebaran responden berdasarkan profesinya
 Sumber : Data primer diolah, 2019

Sisa responden lainnya tersebar kedalam jenis lainnya seperti : Tukang es pedagang kaki lima dan tukang jahit.



Gambar 4.8. Sebaran responden penjual es pedagang kaki lima dan jasa tukang jahit

4.3.2 Kendala Pencapaian Target Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan dalam mencapai UHC 2019

4.3.2.1 Analisis Deskriptif

Berdasarkan kategori jumlah tanggungan keluarga responden di 6 kecamatan, para responden mengaku memiliki tanggungan keluarga yang cukup banyak. Sebanyak 85% (85 orang responden) mengaku memiliki tanggungan keluarga sebanyak 1 –5 orang. Hanya sebagian kecil 15% dari responden (15 orang) yang tidak memiliki jumlah tanggungan (Tabel 4.1)

Tabel 4.1 Sebaran responden berdasarkan jumlah tanggungan

		Jumlah tanggungan ada (Sebutkan)		
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	1-5 orang	85	85,1	86,0
	6- 10 orang	15	13,9	14,0
Total		100	99,0	100,0
Total		100	100,0	

Sumber : Data primer diolah, 2019

Tingkat pendapatan responden para pekerja sektor informal ini dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori. Kategori pertama adalah kelompok responden dengan pendapatan paling rendah yaitu \leq Rp 500.000,-. Jumlah responden yang masuk kategori ini sangatlah kecil, yaitu hanya 5 orang (5%) dari total keseluruhan responden. Kategori pendapatan kedua memiliki pendapatan antara Rp 500.001 – Rp 2.500.000, jumlah responden yang masuk

kelompok ini cukup bervariasi dan jumlahnya menjadi dominan, yaitu sebesar 47 orang (47 %) namun sedikit pendapatan mereka yang disisihkan untuk asuransi kesehatan bisa dilihat (Tabel 4.2).

Tabel 4.2 Sebaran responden berdasarkan pendapatan perbulan

		Pendapatan Perbulan		
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	< Rp. 500.000	5	5,0	5,1
	Rp. 500.001 - Rp. 1.000.000	12	12,0	12,1
	Rp. 1.000.001- Rp. 1.500.000	13	13,0	13,1
	Rp. 1.500.001 - Rp. 2.000.000	12	12,0	12,1
	Rp. 2.000.001 - Rp. 2.500.000	10	10,0	10,1
	> Rp.2.500.000	47	47,0	47,5
	Total	99	99,0	100,0
Total		100	100,0	

Sumber : Data primer diolah,2019

Berdasarkan hasil survey lapangan, diperoleh informasi bahwa setiap bulan terdapat 24% (24 orang) dari total responden yang dapat menyisihkan sebagian pendapatannya untuk ditabung (Tabel 4.3).

Tabel 4.3 Sebaran responden berdasarkan adakah jumlah uang yang ditabung

		Adakah uang yang ditabung		
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Tidak Ada	76	75,2	76,0
	Ada	24	23,8	24,0
	Total	100	99,0	100,0
Total		100	100,0	

Sumber : Data primer diolah,2019

Sebagian dari mereka tidak bisa menyisihkan pendapatannya untuk ditabung yaitu sebanyak 76% (76 orang) dengan alasan penghasilan mereka habis untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-harinya.

Jumlah uang responden yang mampu menyetor uangnya untuk ditabung yaitu senilai Rp 10.000- Rp 50.000 sebanyak 33% responden (33 orang yg mampu menabung). Dan ada pula sebanyak 9 orang responden yang mampu menabung, bisa menyetor pendapatannya setiap bulan senilai Rp 51.000- Rp 100.000,-. Ini membuktikan bahwa para pekerja sektor informal hanya mampu menyetor uangnya untuk ditabung per bulan hanya sebesar Rp 10.000- Rp 50.000 (Tabel 4.4)

Tabel 4.4 Sebaran responden berdasarkan jumlah uang yang ditabung

Jumlah uang yang ditabung (Sebutkan)		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Rp. 10.000 - Rp. 50.000	33	32,7	33,0
	Rp. 51.000. - Rp.100.000	16	15,8	16,0
	Rp. 100.001 - Rp. 500.000	31	30,7	31,0
	Rp. 500.001 - Rp. 1.000.000	9	8,9	9,0
	> Rp. 1.000.000	11	10,9	11,0
	Total	100	99,0	100,0
	Total	100	100,0	

Sumber : Data primer diolah,2019

Selain kemampuan responden dalam menyetor dana untuk ditabungkan, dalam survey lapang juga ditanyakan apakah responden mampu menyetor dana khusus untukantisipasi jika mengalami sakit. Karena secara logis, alokasi dana tabungan itu bisa digunakan untuk keperluan yang dibutuhkan dan belum tentu akan dialokasikan untuk tabungan kesehatan (Tabel 4.5).

Tabel 4.5. Sebaran Responden Menurut Ada/Tidaknya Dana yang Disisihkan untuk Berjaga-jaga Dikala Sakit

Dana yang disisihkan untuk berjaga-jaga ketika sakit (Sebutkan)		Frequency	Percent
Valid	Tidak Ada	83	83,0
	Ada	17	17,0
	Total	100	
Total		100	100,0

Sumber : Data primer diolah, 2019

Dari hasil wawancara di lapangan kepada para responden pekerja sektor informal ini, diperoleh informasi bahwa hanya sebanyak 17 % responden (17 orang dari total keseluruhan responden), memiliki dana khusus yang sengaja disisihkan untuk berjaga-jaga untuk keadaan darurat atau berjaga-jaga dikala sakit dan sebanyak 83% (83 orang) tidak menyetor

dananya untuk kebutuhan jika sakit dengan alasan pendapatan mereka kecil dan habis untuk keperluan yang lain dan ketika sakit para pekerja informal memilih untuk pergi ke puskesmas yang memiliki biaya yang murah dan bisa dijangkau, bisa di lihat dari tabel dibawah sebanyak 62% (62 orang) menjawab mereka memilih berobat ke puskesmas dan hanya sedikit saja yang memilih berobat ke poliklinik/dokter praktek sebanyak 18% (18 orang) (Tabel 4.6)

Tabel 4.6 Kemana biasa masyarakat berobat

Kemana biasa berobat		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Puskesmas	62	61,4	62,0
	Rumah sakit	20	19,8	20,0
	Poliklinik/dokter praktek	18	17,8	18,0
	Total	100	99,0	100,0
	Total	100	100,0	

Sumber : Data primer diolah, 2019

4.3.2.2 Analisis Data Mining dengan Algoritma C4.5

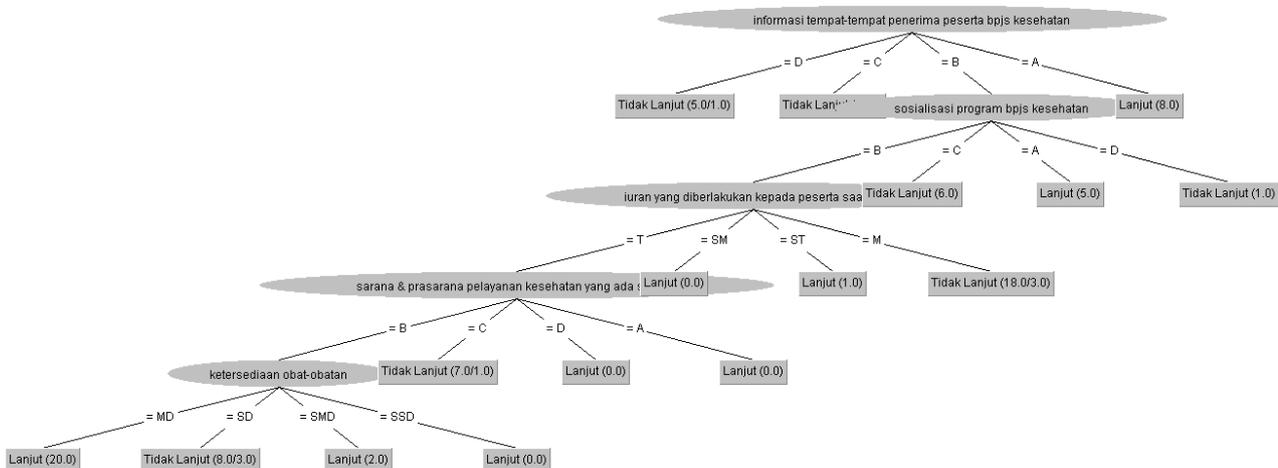
Analisis Algoritma C4.5 ini yaitu konsep pengolahan dari *data mining* disebut juga sebagai pohon keputusan yang merupakan salah satu metode klasifikasi yang menggunakan struktur pohon, dan pada setiap node mewakili atribut, dan daun mewakili kelas dengan mencari rasio perolehan (*gain*) dengan menghitung *Entropy*. *Entropy* yaitu nilai informasi dari suatu kumpulan objek yang menjadi total kasus dan total sampel pada data set, yang menjadi data set adalah kendala-kendala penyebab rendahnya kepesertaan jaminan kesehatan nasional pekerja sektor informal dimana yang akan digunakan dalam menghitung algoritma C4.5. Data awal akan dibagi perkelas untuk memudahkan analisa berikutnya digunakan aplikasi WEKA 3.8 Setelah semua data yang akan dimasukkan dibagi perkelas, maka dilakukan proses klasifikasi dengan membuat pohon keputusan sebagai *output*. Proses pengambilan keputusan untuk mengidentifikasi kendala-kendala penyebab rendahnya kepesertaan jaminan kesehatan nasional pekerja sektor informal ketika wawancara dan survey adalah sebagai berikut :

- 1) Pelaksanaan program BPJS Kesehatan
- 2) Sosialisasi program BPJS Kesehatan
- 3) Informasi tempat-tempat penerima peserta BPJS Kesehatan
- 4) Sarana dan Prasarana pelayanan kesehatan yang ada saat ini
- 5) Iuran yang diberlakukan kepada peserta saat ini
- 6) Ketersediaan obat-obatan
- 7) Kebutuhan untuk mengikuti program BPJS Kesehatan

Dari ke tujuh kendala tersebut akan ditentukan variabel yang akan menjadi keputusan atau pilihan pekerja sektor informal dalam kepesertaan yaitu apakah LANJUT atau TIDAK LANJUT untuk mendaftar dalam BPJS Kesehatan.

Pada tahap pengujian, data yang sudah ditransformasikan ke dalam data atribut yang lebih sederhana. Data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu para pekerja sektor informal yang mendaftar dan tidak mendaftar dalam kepesertaan BPJS Kesehatan dengan ke tujuh kendala yang menjadi penyebab rendahnya kepesertaan. Data para pekerja informal diambil secara sebanyak 100 data sampel pada (**Lampiran 1**). Selanjutnya dari 100 responden dengan ke tujuh kendalanya akan dihitung masing-masing nilai *entropy* dan *gain* nya dengan tujuan untuk mendapatkan atribut dari pohon keputusan (**Lampiran 2**) Setelah mendapatkan nilai *entropy* dan *gain* langkah selanjutnya yaitu mengolah datanya dengan menggunakan aplikasi WEKA 3.8

Dari hasil pengolahan dan uji coba menggunakan aplikasi WEKA 3.8 pada data set dihasilkan penyusunan informasi dalam bentuk pohon keputusan seperti yang ditunjukkan pada Gambar 4.11.



Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.

Gambar 4.11 Struktur Pohon Keputusan dengan WEKA 3.8

Dari Gambar 4.11 dapat diketahui bahwa Informasi tempat-tempat Penerima Peserta BPJS Kesehatan merupakan root node dari pohon. Jika Informasi tempat-tempat Penerima Peserta BPJS Kesehatan sangat buruk dan buruk, maka hasil klasifikasi menunjukkan tidak lanjut yang berarti bahwa para pekerja sektor informal tidak akan melanjutkan dalam kepesertaan, tetapi jika informasi tempat-tempat penerima peserta BPJS Kesehatan sangat bagus maka para pekerja informal akan melanjutkan dalam kepesertaan, sebaliknya jika informasi tempat-tempat penerima peserta BPJS Kesehatan baik maka akan di pengaruhi oleh Sosialisasi Program BPJS Kesehatan yang sangat bagus maka para pekerja sektor informal akan melanjutkan menjadi kepesertaan, tetapi jika sosialisasinya sangat buruk dan buruk

maka para pekerja sektor informal tidak akan melanjutkan menjadi kepesertaan, namun jika Sosialisasi Program BPJS Kesehatannya baik maka masyarakat pekerja sektor informal akan menanyakan pada Iuran yang diberlakukan kepada peserta saat ini, jika iuran yang diberlakukan kepada peserta BPJS Kesehatan saat ini sangat terjangkau oleh para pekerja informal maka akan melanjutkan dalam kepesertaan dan jika sangat mahal para pekerja sektor informal yang mempunyai pendapatan perbulan besar maka akan melanjutkan dalam kepesertaan, tetapi , jika iuran yang diberlakukan kepada peserta BPJS Kesehatan saat ini terjangkau maka akan dipengaruhi oleh sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang ada, jika sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sangat bagus maka para pekerja sektor informal akan melanjutkan dalam kepesertaan begitu juga jika sarana dan prasarana kesehatan yang ada di rumah sakit sangat buruk masih melanjutkan dalam kepesertaan dengan alasan yaitu karena kebutuhan dan tidak bisa membayar sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di rumah sakit yang lebih murah, tetapi jika sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di rumah sakit baik maka akan memengaruhi pada Ketersediaan obat-obatan, jika ketersediaan obat-obatan sangat mudah didapatkan dan mudah didapatkan maka masyarakat pekerja sektor informal akan melanjutkan dalam kepesertaan, dan jika sulit didapatkan maka masyarakat pekerja sektor informal tidak akan melanjutkan dalam kepesertaan.

Dari ke tujuh kendala dalam mencapai target kepesertaan tersebut hanya ada lima kendala yang sangat memengaruhi dalam kepesertaan program jaminan kesehatan yang dihadapi BPJS Kesehatan khususnya kendala dari para pekerja sektor informal yaitu Informasi tempat-tempat penerima peserta BPJS Kesehatan, Sosialisasi program BPJS Kesehatan, Iuran yang dibelakukan kepada peserta saat ini, Sarana dan Prasarana pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit, dan Ketersediaan Obat-obatan. Adapun dua kendala lagi yaitu Pelaksanaan program BPJS Kesehatan, dan kebutuhan untuk mengikuti program BPJS Kesehatan di aplikasi WEKA 3.8 dianggap mempunyai makna yang sama dengan salah satu dari kendala ke lima tersebut ataupun dianggap kendala yang tidak terlalu penting. Jika dilihat dari pola pohon keputusan akhir menunjukkan hasil yang cukup baik, terbukti dari nilai akurasi yang mencapai 84% pada (**Lampiran 3**)

4.3.3 Upaya atau cara pihak BPJS Kesehatan untuk mengatasi kendala kepesertaan program jaminan kesehatan nasional

Dalam rangka mencapai UHC Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2019, maka berbagai kendala yang ada harus dapat diatasi. Berdasarkan kendala-kendala sebagaimana diuraikan di atas, maka BPJS Kesehatan melakukan upaya untuk mencapai UHC di tingkat daerah kota Bogor khususnya bagi para pekerja sektor informal. Ada pun langkah yang sudah dilakukan oleh BPJS Kesehatan kota Bogor yaitu:

- 1) Melakukan sosialisasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara maksimal. BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi Program JKN kepada masyarakat khususnya bagi para pekerja sektor informal semaksimal mungkin, untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang hak dan kewajiban masyarakat sebagai peserta program. Bentuk sosialisasi yang sudah dilakukan yaitu pihak BPJS Kesehatan memberikan penyuluhan ke

tiap-tiap kecamatan kota bogor setiap tahun, dengan dikumpulkannya para pekerja informal untuk hadir.

2) Memperbaiki layanan

BPJS Kesehatan sudah memperbaiki kualitas layanan kesehatan kepada masyarakat baik dari sisi sarana maupun prasarana dan informasi tempat-tempat penerimaan peserta BPJS Kesehatan dengan memberikan kemudahan kepada masyarakat salah satunya sudah ada nya aplikasi *Mobile JKN* yang dimana aplikasi memudahkan para peserta untuk melakukan pembayaran dan lain-lain.

3) Menghimbau kepatuhan hukum pengusaha

BPJS Kesehatan menghimbau dan mendorong kepatuhan para pimpinan perusahaan untuk segera mendaftarkan pekerjanya menjadi peserta Program JKN, yang dimana pihak BPJS Kesehatan memerintahkan kepada para pekerja sektor informal yang mempunyai komunitas dimana ketua komunitasnya untuk mewajibkan anggotanya untuk menjadi peserta.

4) Memperbaiki koordinasi dengan *stakeholders*

BPJS Kesehatan sudah melakukan koordinasi atau kerja sama yang komprehensif dengan pemerintah daerah bogor dan rumah-rumah sakit

5) Memperbaiki akurasi data peserta, BPJS Kesehatan terus melakukan verifikasi dan validasi data kepesertaan peserta (baik PBI maupun non PBI), agar tidak terjadi kepesertaan ganda atau sebaliknya.

6) Memperbaiki regulasi, BPJS Kesehatan melakukan revisi regulasi terkait pemberlakuan iuran kepada masyarakat pekerja sektor informal setiap tahunnya agar tidak naik.

7) Meningkatkan kualitas SDM, BPJS Kesehatan meningkatkan kualitas SDM di lembaganya dengan mendorong SDM yang profesional pada lembaga-lembaga mitra kerjanya, seperti: rumah sakit dan puskesmas, dengan memberikan layanan kesehatan terbaik bagi masyarakat.

4.3.4 Pekerja sektor informal apakah mampu mengikuti program jaminan kesehatan nasional dalam mencapai UHC 2019

Berdasarkan survey wawancara, para pekerja sektor informal belum mampu mengikuti program jaminan kesehatan nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dengan alasan iuran yang diberlakukan sangat mahal untuk tiap tahunnya iuran yang diberlakukan sering berubah-ubah sehingga tidak bisa dijangkau oleh mereka yang berpendapatan kecil, dan iuran yang sudah diberlakukan tersebut tidak sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien yang dimana untuk kelas 3 mereka tidak dilirik sama sekali oleh rumah sakit, dan lebih mementingkan untuk pasien umum dibandingkan mereka yang mempunyai kartu BPJS Kesehatan. Selain itu untuk pendaftaran ribet dan kadang di pindah-pindah, meskipun sudah adanya program aplikasi *Mobile JKN* untuk memudahkan pendaftaran dan informasi terbaru terkait BPJS Kesehatan, kebanyakan dari mereka yaitu para pekerja sektor informal tidak memahami cara menggunakan aplikasi *Mobile JKN*. Selanjutnya masih kurangnya sarana dan prasarana yang tersedia di rumah sakit sehingga para pekerja sektor informal yang sudah menjadi peserta harus pindah ke rumah sakit yang lebih lengkap dan rumah sakit tersebut memiliki jarak yang jauh untuk di jangkau. Adapun

alasan yang lain yaitu para pekerja sektor informal yang sudah tergabung dalam komunitas dalam usahanya dimana para ketua dari komunitas tersebut tidak membantu membayarkan iuran untuk anggotanya menjadi peserta BPJS Kesehatan, kebanyakan dari para pekerja sektor informal yang di wawancara di kota Bogor adalah mereka yang menjadi peserta penerima bantuan iuran dari pemerintah.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 SIMPULAN

1) Kendala apa saja yang dihadapi BPJS Kesehatan kota Bogor dalam target mencapai UHC 2019

Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa para pekerja sektor informal adalah mereka yang sangat rentan terhadap perlindungan asuransi kesehatan dari pemerintah daerah khususnya kota Bogor. Sehingga banyak sekali kendala-kendala yang memengaruhi target kepesertaan program jaminan kesehatan nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dalam mencapai UHC 2019, beberapa hal mengenai kendala yang memengaruhi target kepesertaan program jaminan kesehatan nasional di BPJS Kesehatan khususnya bagi para pekerja sektor informal dalam mencapai UHC tahun 2019 berdasarkan analisis *data mining* dengan algoritma C4.5 yang menggunakan pengolahan melalui aplikasi WEKA 3.8 yaitu ada 5 kendala diantaranya :

- 1) Informasi tempat-tempat penerima peserta BPJS Kesehatan
- 2) Sosialisasi program BPJS Kesehatan
- 3) Iuran yang dibelakukan kepada peserta saat ini
- 4) Sarana dan Prasarana pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit
- 5) Ketersediaan Obat-obatan

Selain itu jika melihat dari hasil penelitian analisis deskriptif kendalanya yaitu banyak masyarakat pekerja sektor informal yang tidak mau menyisihkan pendapatannya per bulannya untuk dana berjaga-jaga ketika sakit hanya sedikit responden yang menyisihkan dananya. Sebanyak 17 % responden (17 orang dari total keseluruhan responden), memiliki dana khusus yang sengaja disisihkan untuk berjaga-jaga untuk keadaan darurat atau berjaga-jaga dikala sakit dan sebanyak 83% (83 orang) tidak menyisihkan dananya untuk kebutuhan jika sakit dengan alasan pendapatan mereka kecil dan habis untuk keperluan yang lain dan ketika sakit para pekerja informal memilih untuk pergi ke puskesmas yang memiliki biaya yang murah dan bisa dijangkau, dimana sebanyak 62% (62 orang) menjawab mereka memilih berobat ke puskesmas dan hanya sedikit saja yang memilih berobat ke poliklinik/dokter praktek sebanyak 18% (18 orang).

Berdasarkan kategori jumlah tanggungan keluarga responden di 6 kecamatan, para responden mengaku memiliki tanggungan keluarga yang cukup banyak. Sebanyak 85% (85 orang responden) mengaku memiliki tanggungan keluarga sebanyak 1 –5 orang. Hanya sebagian kecil 15% dari responden (15 orang) yang tidak memiliki jumlah tanggungan. Secara prinsip, dengan cukup banyaknya jumlah tanggungan keluarga responden, maka secara otomatis responden yang bertindak sebagai pencari nafkah memiliki beban yang berat dalam upaya menghidupi keluarganya.

2) Upaya atau cara pihak BPJS Kesehatan untuk mengatasi kendala kepesertaan program jaminan kesehatan nasional

Berdasarkan kendala-kendala yang sudah diuraikan, BPJS Kesehatan sudah melakukan upaya untuk mencapai UHC tahun 2019 di tingkat daerah kota Bogor khususnya bagi para pekerja sektor informal. Ada pun langkah yang sudah dilakukan oleh BPJS Kesehatan kota Bogor yaitu:

- 8) Melakukan sosialisasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara maksimal. BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi Program JKN kepada masyarakat khususnya bagi para pekerja sektor informal semaksimal mungkin, untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang hak dan kewajiban masyarakat sebagai peserta program. Bentuk sosialisasi yang sudah dilakukan yaitu pihak BPJS Kesehatan memberikan penyuluhan ke tiap-tiap kecamatan kota Bogor setiap tahun, dengan dikumpulkannya para pekerja informal untuk hadir.
- 9) Memperbaiki layanan
BPJS Kesehatan sudah memperbaiki kualitas layanan kesehatan kepada masyarakat baik dari sisi sarana maupun prasarana dan informasi tempat-tempat penerimaan peserta BPJS Kesehatan dengan memberikan kemudahan kepada masyarakat salah satunya sudah adanya aplikasi *Mobile* JKN yang dimana aplikasi memudahkan para peserta untuk melakukan pembayaran dan lain-lain.
- 10) Menghimbau kepatuhan hukum pengusaha
BPJS Kesehatan menghimbau dan mendorong kepatuhan para pimpinan perusahaan untuk segera mendaftarkan pekerjaannya menjadi peserta Program JKN, yang dimana pihak BPJS Kesehatan memerintahkan kepada para pekerja sektor informal yang mempunyai komunitas dimana ketua komunitasnya untuk mewajibkan anggotanya untuk menjadi peserta.
- 11) Memperbaiki koordinasi dengan stakeholders
BPJS Kesehatan sudah melakukan koordinasi atau kerja sama yang komprehensif dengan pemerintah daerah Bogor dan rumah-rumah sakit
- 12) Memperbaiki akurasi data peserta, BPJS Kesehatan terus melakukan verifikasi dan validasi data kepesertaan peserta (baik PBI maupun non PBI), agar tidak terjadi kepesertaan ganda atau sebaliknya.
- 13) Memperbaiki regulasi, BPJS Kesehatan melakukan revisi regulasi terkait pemberlakuan iuran kepada masyarakat pekerja sektor informal setiap tahunnya agar tidak naik.
- 14) Meningkatkan kualitas SDM, BPJS Kesehatan meningkatkan kualitas SDM di lembaganya dengan mendorong SDM yang profesional pada lembaga-lembaga mitra kerjanya, seperti: rumah sakit dan puskesmas, dengan memberikan layanan kesehatan terbaik bagi masyarakat.

3) Pekerja sektor informal apakah mampu mengikuti program jaminan kesehatan nasional dalam mencapai UHC 2019

Para pekerja sektor informal belum mampu mengikuti program jaminan kesehatan nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dengan alasan iuran yang diberlakukan sangat mahal untuk setiap tahunnya iuran yang diberlakukan sering berubah-ubah sehingga tidak bisa dijangkau oleh mereka yang berpendapatan kecil, dan iuran yang sudah diberlakukan tersebut tidak sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien yang dimana untuk kelas 3 mereka tidak dilirik sama sekali oleh rumah sakit, dan lebih mementingkan untuk pasien umum dibandingkan mereka yang mempunyai kartu BPJS Kesehatan. Selain itu untuk pendaftaran ribet dan kadang di pindah-pindah, meskipun sudah adanya program aplikasi *Mobile JKN* untuk memudahkan pendaftaran dan informasi terbaru terkait BPJS Kesehatan, kebanyakan dari mereka yaitu para pekerja sektor informal tidak memahami cara menggunakan aplikasi *Mobile JKN*. Selanjutnya masih kurangnya sarana dan prasarana yang tersedia di rumah sakit sehingga para pekerja sektor informal yang sudah menjadi peserta harus pindah ke rumah sakit yang lebih lengkap dan rumah sakit tersebut memiliki jarak yang jauh untuk dijangkau. Adapun alasan yang lain yaitu para pekerja sektor informal yang sudah tergabung dalam komunitas dalam usahanya dimana para ketua dari komunitas tersebut tidak membantu membayarkan iuran untuk anggotanya menjadi peserta BPJS Kesehatan, kebanyakan dari para pekerja sektor informal yang di wawancara di kota Bogor adalah mereka yang menjadi peserta penerima bantuan iuran dari pemerintah.

5.2 SARAN

Berdasarkan simpulan penelitian diatas, maka penulis merekomendasikan beberapa saran untuk meningkatkan jumlah kepesertaan bagi para pekerja sektor informal guna mencapai UHC di tahun 2019 yaitu :

1. Kendala apa saja yang dihadapi BPJS Kesehatan kota Bogor dalam target mencapai UHC 2019

Ada lima kendala yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan dalam mencapai UHC 2019 yaitu :

a) Informasi tempat-tempat penerima peserta BPJS Kesehatan

Memberikan kemudahan dalam hal pendaftaran peserta BPJS Kesehatan melalui kantor kelurahan, desa atau kecamatan bisa juga memakai jasa koordinator oleh komunitas/lembaga tertentu dengan tidak mempersulit pesertanya

b) Sosialisasi program BPJS Kesehatan

Pemberian sosialisasi tentang BPJS Kesehatan yang lebih intens pada masyarakat melalui media televisi nasional dan swasta tentang pentingnya program jaminan kesehatan nasional informal, dan pemberian sosialisai mengenai bagaimana menggunakan program aplikasi *Mobile JKN* agar masyarakat tidak ketinggalan informasi

c) Iuran yang dibelakukan kepada peserta saat ini

Memberikan kebijakan mengenai iuran yang bisa dijangkau oleh para pekerja sektor informal.

d) Sarana dan Prasarana pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit

Memberikan pelayanan yang terbaik berupa pertolongan pertama di rumah sakit-rumah sakit kepada peserta dengan tidak membedakan antara peserta kelas 1,2,dan 3 agar sesuai dengan iuran yang sudah diberlakukan kepada masyarakat pekerja sektor informal

e) Ketersediaan Obat-obatan

Memberikan obat-obatan yang lengkap dan tidak memberikan harga yang mahal untuk obat.

2. Upaya atau cara pihak BPJS Kesehatan untuk mengatasi kendala kepesertaan program jaminan kesehatan nasional

Pihak BPJS Kesehatan harus lebih gencar lagi dalam memberikan sosialisasi dan pemahaman tentang pentingnya BPJS Kesehatan bagi masyarakat khususnya bagi para pekerja sektor informal dan memberikan kebijakan yang sesuai dengan aturan BPJS Kesehatan yang sudah diterapkan dengan memberikan iuran yang terjangkau, pelayanan yang terbaik agar tidak ada kecemburuan sosial antar peserta.

3. Pekerja sektor informal apakah mampu mengikuti program jaminan kesehatan nasional dalam mencapai UHC 2019

Bagi masyarakat pekerja sektor informal yang belum mampu mengikuti program jaminan kesehatan nasional diharapkan nantinya bisa menjadi peserta BPJS Kesehatan guna mencapai target UHC 2019 dengan memberikan masukan kepada pihak BPJS Kesehatan terkait kepesertaan dimana pihak BPJS Kesehatan memberikan kebijakan sesuai dengan peraturan yang sudah ditetapkan didalam undang-undang BPJS Kesehatan serta memberikan jumlah iuran yang diberlakukan bisa dijangkau oleh para pekerja sektor informal. Dan bagi masyarakat pekerja sektor informal yang mempunyai komunitas dalam usahanya agar ketua dari komunitas memberikan jaminan kesehatan bagi anggotanya dengan membantu dalam pembayaran iuran untuk para pekerja sektor informal yang kurang mampu atau mereka yang memiliki pendapatan yang kecil serta pekerja sektor informal harus bisa menyisihkan sebagian pendapatannya untuk dana berjaga-jaga ketika sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Ari Setyaningrum, Efendi, dan Jusuf Udaya 2015, *Prinsip-prinsip Pemasaran*, Yogyakarta, Penerbit Andi.
- Andria F, Thaheer H, Tosida ET, Setyaningsih S, Harsani P. 2014. Kebijakan format Jamkesda dalam UU BPJS. Seminar Hasil Penelitian Bersumber Dana Hibah Kemenkokesra RI, Jakarta 27 November 2014.
- Andria F, Thaheer H, Tosida ET. 2013. Pemetaan pemda dalam mendukung persiapan BPJS kesehatan menuju Universal Health Coverage (UHC). Seminar Hasil Penelitian Bersumber Dana Hibah DJSN, Jakarta, 8 Juni 2013.
- Buchari Alma 2013, *Manajemen Pemasaran dan Pemasaran Jasa*, Bandung, Penerbit Alfabet.
- Etta Mamang Sangadji dan Sopiah 2013, *Perilaku Konsumen*, Yogyakarta, Penerbit Andi.
- Fandy Tjiptono 2014, *Pemasaran Jasa*, Yogyakarta, Penerbit Andi.
- Fitzsimmons. James A., Mona J. Fitzsimmons and Sabjeev K. Bordoloi. Eight Edition 2014, *Service Management*, New York, Penerbit McGraw-Hill Education.
- Khariza, HA. (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. 3(1): 1-7
- Mantas, C. J., & Abellán, J. (2014). Credal-C4.5: Decision tree based on imprecise probabilities to classify noisy data. *Expert Systems with Applications*, 41(10), 4625–4637. doi:10.1016/j.eswa.2014.01.017
- Wahbeh, dkk (2014) “A Comparison Study Between Data Mining Tools Over Some Classification Methods” Jordan : Departement Of Computer Information System Yarmouk University.
- Pramudiono, Iko. Pengantar Data Mining: Menambang Permata Pengetahuan di Gunung Data. <http://www.ilmukomputer.com>
- Purwandari SI, Maharani C. 2015. Analisis sikap pekerja informal Non PBI yang belum terdaftar program jaminan kesehatan nasional di Kabupaten Brebes. *UJPH* 4 (2):84-91. [diunduh 2016 Jan 2]. Tersedia pada : <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph>.
- Rahayu, E.B., (2015). Algoritma C4.5 Untuk Penjurusan Siswa SMA Negeri 3 Pati. http://eprints.dinus.ac.id/15291/2/abst_rak_15319.pdf diakses tanggal 16 Maret 2016.
- Rambat Lupiyoadi 2013, *Manajemen Pemasaran Jasa* Edisi 3, Jakarta, Penerbit Salemba Empat.

- Rohmawati, Desy. 2014. Hubungan pengetahuan sikap dan sosial ekonomi dengan pemilihan jenis iuran keikutsertaan JKN mandiri pada wilayah cakupan JKN tertinggi di Surakarta. Surakarta: Fakultas ilmu kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rolindrawan D. 2015. The impact of BPJS Health Implementation for Poor on the Use of Health Facility. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 211(2015) 550 – 559. 2nd Global Conference on Business and Social Science-2015, GCBSS-2015, 1718 September 2015, Bali [ID]. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.11.073.
- Sammut, G.W.C. (2011). *Encyclopedia of Machine Learning*. (C. Sammut & G. I. Webb, Eds.). Boston, MA: Springer US.
- Sastradimulya, F; Nurhayati, E; Susanti, Y. 2014. Hubungan tingkat pengetahuan pasien tentang jaminan kesehatan nasional dengan status kepesertaan BPJS. Bandung: Fakultas kedokteran universitas islam bandung.
- Thabrany, Hasbullah. 2014. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Thaheer H, Andria F. 2012. Kesiapan pemda menuju kepesertaan menyeluruh jaminan kesehatan. Seminar Hasil Penelitian Bersumber Dana Hibah DJSN, 2 Desember 2011.
- Tim JKN RI. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*. Jakarta. 2012.
- Triyono, Soewartoyo. 2013. Kendala kepesertaan program jaminan sosial terhadap pekerja di sektor informal : Studi Kasus di Kota Surabaya. *Jurnal Hukum PRIORIS*, 3(3) : 28-41. [diunduh 2016 Jan 2]. Tersedia pada : http://lib.law.ugm.ac.id/ojs/ind_ex.php/jhpr/article/view/3557

Undang-Undang

- Kemenkes RI. 2013. *Bahan Paparan: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kemenkes RI
- Kemenkes, RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Kemenkes RI. *Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Bahan Paparan JKN*. Departemen Kesehatan, Jakarta. 2013
- Undang-Undang No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta.
- Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional
- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Meli Deranti

Alamat : Kp. Gadog RT/RW 001/007 Desa Cikakak,
Kecamatan Cikakak, Kabupaten Sukabumi

Tempat dan tanggal lahir : SMI, 26 Desember 1997

Umur : 21 Tahun

Agama : Islam

Pendidikan

- SD : SDN Gadog
- SMP : SMPN 1 Cikakak
- SMA : SMAN 1 Cikakak
- Perguruan Tinggi : Universitas Pakuan Bogor

Bogor,
Peneliti,

(Meli Deranti)

LAMPIRAN

Kuesioner

Kendala Pencapaian Target Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Pekerja Sektor Informal dalam Mencapai UHC 2019 (Studi Kasus di Kota Bogor)

Responden Yth,

Berdasarkan dengan penelitian yang saya lakukan dalam rangka menyelesaikan tugas Skripsi Penelitian S1 Manajemen Universitas Pakuan, saya mohon kesediaan dari saudara/i untuk dapat mengisi kuesioner penelitian ini.

Penelitian ini diharapkan memberikan hasil yang bermanfaat dan oleh karena itu dimohon kesediaannya untuk mengisi/menjawab kuesioner ini dengan sejujur-jujurnya dan sebenar-benarnya. Jawaban yang ada berikan akan dijamin kerahasiannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ilmiah.

Atas kerjasama yang baik dan kesungguhan saudara/I dalam mengisi kuesioner, saya ucapkan terima kasih

Hormat saya,

Meli Deranti

No :
.....

Interviewer :

KUESIONER

KENDALA PENCAPAIAN TARGET KEPESERTAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PEKERJA SEKTOR INFORMAL DALAM MENCAPAI UHC 2019

(STUDI KASUS DI KOTA BOGOR)

Nama :	Profes :
Usia : thn	Area :
L / P :	Wilayah Survey : Kec Bogor

SCREENING QUESTIONS

1. Nama Usaha :
.....
2. Pembentukan Usaha : Tahun
3. Dasar/alasan pembentukan Usaha:
.....
.....
4. Tempat/Lokasi :
.....
.....

BEGINNING QUESTIONS

5. Status responden ?
 - a. Menikah

- b. Belum Menikah
- c. Pernah Menikah : Duda / Janda (* Coret yg tidak perlu

6. Jumlah tanggungan hidup responden ?
- a. ADA, sebutkan : orang
 - b. TIDAK ADA

7. Pendidikan formal :

	<i>Responden</i>	<i>Tidak Tamat</i>
Tidak pernah sekolah	1	-
SD	2	
SLTP	3	
SLTA	4	
Lainnya :	5	

8. Pendapatan Responden per Bulan :

≤ Rp. 500.000	1
Rp. 500.001 - Rp. 1.000.000	2
Rp. 1.000.001 - Rp. 1.500.000	3
Rp. 1.500.001 - Rp. 2.000.000	4
Rp. 2.000.001 - Rp. 2.500.000	5
≥ Rp.2.500.000 (Sebutkan :)	7

9. Dari jumlah pendapatan yang anda peroleh setiap bulan, adakah yang anda tabungkan atau simpan ..?

- a. TIDAK ADA
- b. ADA, Sebutkan ± Rp / bln

10. Kepemilikan Asset :

Asset bergerak :	
Asset tidak bergerak :	

11. Apakah saat ini anda/dan keluarga sudah terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan ?

a. BELUM,

Alasan :

b. SUDAH

**** Jika BELUM, Lanjut ke Pertanyaan : 12**

**** Jika SUDAH, Lanjut ke Pertanyaan : 13**

BELUM PESERTA BPJS

12. Jika anda/keluarga sakit, kemana biasa berobat ?

a. Puskesmas

b. Rumah Sakit

c. Poliklinik / Dokter praktek

d. Lainnya, sebutkan :

13. Apakah saat ini anda/keluarga punya asuransi kesehatan ?

a. ADA, Sebutkan :

Berapa premi yang anda bayar per bulan/orang ? Rp

b. TIDAK ADA

14. Apakah anda tahu/mendengar tentang program BPJS Kesehatan ?

a. YA, TAHU (minta penjelasan sedikit)

Anda tahu darimana ?

b. TIDAK TAHU

15. Agar anda/keluarga mendapatkan jaminan kesehatan, maukah anda membayar iuran bulanan ?

a. MAU

Kira-kira berapa besar iuran yang anda sanggupi ? Rp

b. TIDAK MAU

Alasannya :

SUDAH MENJADI PESERTA BPJS KESEHATAN

16. Sudah berapa lama anda/keluarga terdaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan ?
..... (Isi dengan satuan waktu : hari, bulan dan/atau tahun)

17. Saat ini anda/keluarga terdaftar sebagai peserta dengan :

luran BPJS Kesehatan	Pelayanan
Rp	Kelas III
Rp	Kelas II
Rp	Kelas I

MINTA DIPERLIHATKAN KARTU KEPESERTAAN BPJS KESEHATAN

18. Seberapa sering anda/keluarga memanfaatkan fasilitas BPJS kesehatan ini ?

a. x / bulan

b. BELUM PERNAH, karena :

19. Bagaimana pendapat anda tentang BPJS kesehatan ini :

MINTA PENJELASAN ATAS SETIAP JAWABAN RESPONDEN

No.	Parameter	Penilaian			
		1	2	3	4
(1)	Pelaksanaan program BPJS Kesehatan	Sgt Buruk	Buruk	Bagus	Sgt Bagus
(2)	Sosialisasi Program BPJS Kesehatan	Sgt Buruk	Buruk	Baik	Sgt Baik
(3)	Informasi tempat-2 penerima peserta BPJS Kesehatan	Sgt Tidak Jelas	Tidak Jelas	Jelas	Sgt Jelas
(4)	Sarana & Prasarana pelayanan kesehatan yg ada saat ini	Sgt Buruk	Buruk	Baik	Sgt Baik
(5)	luran yang diberlakukan kepada peserta saat ini	Sgt Mahal	Mahal	Terjangkau	Sgt Terjangkau

(6)	Ketersediaan obat-obatan	Sgt Sulit Didapat	Sulit Didapat	Mudah Didapat	Sgt Mudah Didapat
(7)	Kebutuhan untuk mengikuti program BPJS Kesehatan	Sgt Tidak Perlu	Tidak Perlu	Butuh	Sangat Butuh

ENDING QUESTIONS

20. Keluhan apa saja yang bisa anda sampaikan terkait BPJS kesehatan selama ini ?

a.

b.

21. Apa saran / pendapat anda untuk program BPJS Kesehatan ke depan ?

.....

.....

Terima Kasih...

Respon	Pelaksanaan Program BPJS Kesehatan	Sosialisasi Program BPJS Kesehatan	Informasi tempat - tempat penerima peserta BPJS Kesehatan	Sarana & Prasarana Pelayanan Kesehatan yang ada saat ini	luran yang diberlakukan kepada peserta saat ini	Ketersediaan Obat-obatan	Kebutuhan untuk mengikuti Program BPJS Kesehatan	Kepelembagaan
1	Sangat Bagus	bagus	Sangat buruk	bagus	terjangka u	mudah didapatkan	sangat butuh	Lanjut
2	Bagus	bagus	Buruk	buruk	sangat mahal	didapatkan	sangat butuh	Lanjut
3	bagus	buruk	Bagus	bagus	terjangka u	mudah didapatkan	sangat butuh	Lanjut
4	Bagus	buruk	Bagus	bagus	terjangka u	didapatkan	sangat butuh	Lanjut
5	Bagus	bagus	bagus	bagus	terjangka u	mudah didapatkan	sangat butuh	Lanjut
6	bagus	bagus	Bagus	bagus	terjangka u	mudah didapatkan	butuh	Tidak Lanjut
7	bagus	bagus	Bagus	buruk	terjangka u	mudah didapatkan	butuh	Tidak Lanjut
8	bagus	bagus	Bagus	bagus	terjangka u	sulit didapatkan	butuh	Tidak Lanjut
9	bagus	bagus	Bagus	buruk	terjangka u	mudah didapatkan	sangat butuh	Lanjut
10	bagus	bagus	Buruk	bagus	sangat terjangkau u	mudah didapatkan	butuh	Tidak Lanjut
11	bagus	bagus	Bagus	buruk	terjangka u	sulit didapatkan	butuh	Tidak Lanjut
12	bagus	bagus	Bagus	buruk	terjangka u	sulit didapatkan	butuh	Tidak Lanjut
13	bagus	bagus	Bagus	buruk	terjangka u	sulit didapatkan	butuh	Tidak Lanjut
14	buruk	buruk	Buruk	buruk	terjangka u	sulit didapatkan	butuh	Tidak Lanjut
15	bagus	bagus	Bagus	bagus	terjangka u	mudah didapatkan	butuh	Lanjut
16	bagus	bagus	Bagus	bagus	terjangka u	sulit didapatkan	butuh	Lanjut
17	bagus	bagus	Bagus	bagus	terjangka u	sulit didapatkan	sangat butuh	Lanjut
18	bagus	bagus	Bagus	bagus	terjangka u	mudah didapatkan	butuh	Lanjut
19	buruk	bagus	Bagus	bagus	terjangka u	sulit didapatkan	butuh	Lanjut
20	bagus	bagus	Bagus	bagus	terjangka u	sulit didapatkan	butuh	Tidak

					u	didapatkan		Lanjut
21	bagus	bagus	Bagus	bagus	terjangka	sangat mudah		Tidak
			sangat		u	didapatkan	butuh	Lanjut
22	Bagus	bagus	bagus	bagus	terjangka	mudah	sangat	Lanjut
			sangat		u	didapatkan	butuh	Tidak
23	Bagus	bagus	bagus	bagus	terjangka	mudah	sangat	Lanjut
					u	didapatkan	butuh	Tidak
24	Bagus	bagus	Bagus	bagus	terjangka	didapatkan	butuh	Lanjut
					u	mudah	sangat	Tidak
25	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u	didapatkan	butuh	Lanjut
					sangat			
26	buruk	buruk	Bagus	bagus	terjangka	sulit	sangat	Lanjut
					u	didapatkan	butuh	
					sangat			
27	Bagus	buruk	Bagus	bagus	terjangka	mudah	sangat	Tidak
					u	didapatkan	butuh	Lanjut
			sangat		sangat			
28	Bagus	bagus	bagus	bagus	terjangka	mudah		Lanjut
			bagus		u	didapatkan	butuh	
			sangat		sangat			
29	Bagus	bagus	bagus	bagus	terjangka	mudah	sangat	Tidak
			bagus		u	didapatkan	butuh	Lanjut
					sangat			
30	Bagus	sangat	Bagus	bagus	terjangka	sangat mudah	sangat	Tidak
		bagus			u	didapatkan	butuh	Lanjut
					terjangka	sulit		Tidak
31	Bagus	bagus	Buruk	bagus	u	didapatkan	butuh	Lanjut
							sangat	
32	sangat	sangat	sangat	sangat	sangat	sangat sulit	tidak	Lanjut
	buruk	buruk	buruk	buruk	mahal	didapatkan	perlu	
						mudah	sangat	
33	Bagus	buruk	Buruk	bagus	mahal	didapatkan	butuh	Lanjut
						mudah	sangat	Tidak
34	Bagus	bagus	Bagus	bagus	mahal	didapatkan	butuh	Lanjut
		sangat				mudah		
35	Bagus	buruk	Bagus	bagus	mahal	didapatkan	butuh	Lanjut
						mudah	sangat	Tidak
36	Bagus	bagus	Bagus	bagus	mahal	didapatkan	butuh	Lanjut
	sangat			sangat	sangat	mudah	sangat	Tidak
37	bagus	buruk	Buruk	bagus	mahal	didapatkan	butuh	Lanjut
						mudah	sangat	
38	Bagus	bagus	Bagus	buruk	mahal	didapatkan	butuh	Lanjut
						mudah	sangat	
39	Bagus	buruk	Bagus	bagus	mahal	didapatkan	butuh	Lanjut
					terjangka	mudah		Tidak
40	Bagus	bagus	Bagus	buruk	u	didapatkan	butuh	Lanjut
					sangat			
41	bagus	sangat	Buruk	sangat	terjangka	sangat mudah	sangat	Tidak
		bagus		bagus	u	didapatkan	butuh	Lanjut
42	Sangat	sangat	Buruk	sangat	sangat	sangat mudah	sangat	Lanjut

	Bagus	bagus		bagus	terjangka u	didapatkan	butuh	
43	Bagus	bagus	Bagus sangat	bagus sangat	u terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut
44	Bagus	bagus	bagus sangat	bagus sangat	u terjangka	didapatkan mudah	butuh sangat	Tidak Lanjut
45	Bagus	bagus	bagus sangat	bagus sangat	u terjangka	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut Tidak
46	Bagus	bagus	bagus	bagus	u	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut Tidak
47	Bagus	bagus	Bagus	bagus	mahal	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut Tidak
48	Bagus	bagus	Bagus sangat	bagus	mahal terjangka	didapatkan sangat mudah	butuh sangat	Lanjut
49	Bagus	bagus	buruk sangat	bagus	u terjangka	didapatkan sangat mudah	butuh sangat	Lanjut
50	Bagus	buruk	buruk	bagus	u terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut
51	Bagus	buruk	Buruk	buruk	u terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
52	Bagus	buruk	Buruk	buruk	u terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
53	Bagus	buruk	Buruk	buruk	u terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
54	Bagus	buruk	Buruk	buruk	u	didapatkan sulit	butuh	Lanjut Tidak
55	Bagus	bagus	Bagus	bagus	mahal	didapatkan sulit	butuh	Lanjut Tidak
56	Bagus	bagus	Bagus	bagus	mahal	didapatkan sulit	butuh	Lanjut Tidak
57	Bagus	bagus	Bagus	bagus	mahal terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
58	Bagus	bagus	Bagus	buruk	u terjangka	didapatkan sulit	butuh	Lanjut
59	Bagus	bagus	Buruk	bagus	u terjangka	didapatkan sulit	butuh	Lanjut
60	Bagus	buruk	Bagus	bagus	u terjangka	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut Tidak
61	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u terjangka	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut Tidak
62	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u terjangka	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut Tidak
63	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u terjangka	didapatkan sangat mudah	butuh sangat	Lanjut Tidak
64	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
65	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
66	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u	didapatkan	butuh	Lanjut
67	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Terjangka	mudah	butuh	Lanjut

					u	didapatkan		
68	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Mahal	sangat mudah didapatkan	sangat butuh	Tidak Lanjut
69	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Mahal	sangat mudah didapatkan	sangat butuh	Lanjut
70	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Mahal	sangat mudah didapatkan	sangat butuh	Lanjut
71	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Mahal	sangat mudah didapatkan	sangat butuh	Tidak Lanjut
72	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Mahal	sangat mudah didapatkan	sangat butuh	Tidak Lanjut
73	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Terjangka u	sulit didapatkan	butuh	Lanjut
74	Bagus	bagus sangat	Buruk	bagus	Terjangka u	sulit didapatkan	butuh sangat	Tidak Lanjut
75	Bagus Sangat	bagus sangat	Buruk	bagus	Terjangka u	mudah didapatkan	butuh sangat	Lanjut Tidak
76	Bagus sangat	bagus sangat	Bagus	bagus	u Terjangka	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut
77	bagus sangat	bagus sangat	Bagus	bagus	u Terjangka	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut Tidak
78	bagus Sangat	bagus sangat	Bagus	bagus	u Terjangka	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut Tidak
79	Bagus Sangat	bagus	Bagus	bagus	u Terjangka	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut Tidak
80	Bagus	bagus	Buruk	bagus	u Terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut
81	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u Terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut
82	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u Terjangka	didapatkan sulit	butuh	Lanjut
83	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u Terjangka	didapatkan sulit	butuh	Lanjut
84	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u	didapatkan sulit	butuh	Lanjut Tidak
85	Bagus	bagus	Bagus	bagus sangat	Mahal	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
86	Bagus	bagus	Buruk	buruk sangat	Mahal	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
87	Bagus	bagus	Buruk	buruk sangat	u Terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
88	Bagus	bagus	Buruk	buruk sangat	u Terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
89	Bagus Sangat	bagus	Buruk	buruk	u Terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
90	Bagus Sangat	bagus	Bagus	bagus	u Terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
91	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u Terjangka	didapatkan mudah	butuh	Lanjut
92	buruk	bagus	Bagus	bagus	u	didapatkan	butuh	Lanjut

93	Bagus	bagus	sangat bagus	bagus	Mahal	mudah didapatkan mudah	sangat butuh sangat	Lanjut Tidak
94	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Mahal	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut Tidak
95	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Mahal	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut
96	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Mahal	didapatkan mudah	butuh sangat	Lanjut
97	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Mahal	didapatkan mudah	butuh	Lanjut Tidak
98	Bagus	bagus	Bagus	bagus	Terjangka u sangat	didapatkan	butuh	Lanjut
99	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u Terjangka	mudah didapatkan mudah	sangat butuh	Tidak Lanjut
100	Bagus	bagus	Bagus	bagus	u	didapatkan	butuh	Tidak Lanjut

Node	Jumlah Kasus (S)		Sum (Nilai)	Sum (Daftar)	Sum (Tidak Daftar)	Entropi	Gain keseluruhan
	Total Kasus		100	44	56	0,989587521	
	Atribut	Nilai					
1.1	Pelaksanaan Prpgram BPJS Kesehatan	Sangat Bagus	10	7	3	0,881291	0,033405824
		Bagus	85	36	49	0,983060555	
		Buruk	4	1	3	0,811278124	
		Sangat Buruk	1	0	1	0	
	Sosialisasi Program BPJS Kesehatan	Bagus	76	39	38	0,993927454	0,143948959
		Buruk	14	0	13	0,099278404	
		Sangat Bagus	8	5	3	0,954434003	
		Sangat Buruk	2	0	2	0	
	Informasi tempat-tempat penerima peserta BPJS Kesehatan	Sangat Buruk	4	1	3	0,811278124	0,277560779
		Buruk	20	0	20	0	
		Bagus	68	35	33	0,999375907	
		Sangat Bagus	8	8	0	0	
	Sarana &Prasarana Pelayanan Kesehatan yang ada saat ini	Bagus	75	40	35	0,996792	0,131131801
		Buruk	13	1	12	0,391244	
		Sangat Buruk	6	0	6	0	
		Sangat Bagus	6	3	3	1	
	Iuran yang diberlakukan kepada Peserta saat ini	Terjangkau	65	36	29	0,991618	0,102526041
		Sangat Mahal	3	0	3	0	
		Sangat Terjangkau	9	4	5	0,991076	
		Mahal	23	4	19	0,666578	
Ketersediaan Obat-obatan	Mudah didapatkan	64	38	26	0,974489	0,140076531	
	Sulit didapatkan	23	3	20	0,558629		
	Sangat Mudah didapatkan	12	3	9	0,811278		
	Sangat Sulit didapatkan	1	0	1	0		
	Kebutuhan	Sangat	51	25	26	0,999723	0,014867511

untuk mengikuti BPJS Kesehatan	Butuh					
	Butuh	48	19	29	0,968461	
	Tidak Perlu	0	0	0	0	
	Sangat Tidak Perlu	1	0	1	0	

Node	Jumlah Kasus (S)		Sum (Nilai)	Sum (Ada)	Sum (Tidak Ada)	Entropi	Gain keseluruhan
	Total Kasus		68	27	41	0,969204095	
	Atribut	Nilai					
1.2	Pelaksanaan Program BPJS Kesehatan	Sangat Bagus	3	2	1	0,918295834	0,045769877
		Bagus	61	26	35	0,984239989	
		Buruk	3	0	3	0	
		Sangat Buruk	1	0	1	0	
Sosialisasi Program BPJS Kesehatan	Bagus	Bagus	49	26	23	0,997294382	0,210052445
		Buruk	14	0	14	0	
		Sangat Bagus	3	1	2	0,918295834	
		Sangat Buruk	2	0	2	0	
Sarana &Prasarana Pelayanan Kesehatan yang ada saat ini	Bagus	Bagus	47	23	24	0,996792	0,115221698
		Buruk	13	1	12	0,391244	
		Sangat Buruk	2	0	2	0	
		Sangat Bagus	6	3	3	1	
Iuran yang diberlakukan kepada Peserta saat ini	Terjangkau	Terjangkau	45	22	23	0,999644	0,08067886
		Sangat Mahal	3	0	3	0	
		Sangat Terjangkau	8	3	5	0,954434	
		Mahal	12	2	10	0,650022	
Ketersediaan Obat-obatan	Mudah didapatkan	Mudah didapatkan	41	24	17	0,974489	0,266716713
		Sulit didapatkan	18	0	18	0,558629	
		Sangat Mudah didapatkan	8	5	3	0,811278	
		Sangat Sulit didapatkan	1	0	1	0	

	Kebutuhan untuk mengikuti BPJS Kesehatan	Sangat Butuh	35	18	17	0,999411	0,05143761
		Butuh	32	9	23	0,857148	
		Tidak perlu	0	0	0	0	
		Sangat Tidak Perlu	1	0	1	0	

	Total Kasus		41	16	25	0,964957	
	Atribut	Nilai					
1.3	Pelaksanaan Prpgram BPJS Kesehatan	Sangat Bagus	2	1	1	1	0,07512822
		Bagus	35	15	20	0,985228	
		Buruk	3	0	3	0	
		Sangat Buruk	1	0	1	0	
	Sosialisasi Program BPJS Kesehatan	Bagus	29	15	14	0,999142	0,209466317
		Buruk	8	0	8	0	
		Sangat Bagus	2	1	1	1	
		Sangat Buruk	2	0	2	0	
	Sarana & Prasarana Pelayanan Kesehatan yang ada saat ini	Bagus	29	15	14	0,999142	0,127795293
		Buruk	8	1	7	0,543564	
		Sangat Buruk	2	0	1	0,5	
		Sangat Bagus	2	0	2	0	
	Iuran yang diberlakukan kepada Peserta saat ini	Terjangkau	25	11	14	0,989588	0,058955244
		Sangat Mahal	3	0	3	0	
		Sangat Terjangkau	7	3	4	0,985228	
		Mahal	6	2	4	0,918296	
Kebutuhan untuk mengikuti BPJS Kesehatan	Sangat Butuh	22	11	11	1	0,054145049	
	Butuh	18	5	13	0,852405		
	Tidak perlu	0	0	0	0		
	Sangat Tidak Perlu	1	0	1	0		

Node	Jumlah Kasus (S)		Sum (Nilai)	Sum (Ada)	Sum (Tidak Ada)	Entropi	Gain keseluruhan
	Total Kasus		29	13	16	0,99226664	
	Atribut	Nilai					
1.4	Pelaksanaan Prpgram BPJS Kesehatan	Sangat Bagus	1	1	0	0	0,131192899
		Bagus	25	12	13	0,99884554	
		Buruk	3	0	3	0	
		Sangat Buruk	0	0	0	0	
	Sarana & Prasarana Pelayanan	Bagus	22	12	10	0,99403021	0,103687359
		Buruk	6	1	5	0,65002242	
		Sangat	1	0	1	0	

	Kesehatan yang ada saat ini	Buruk					
		Sangat Bagus	0	0	0	0	
	Iuran yang diberlakukan kepada Peserta saat ini	Terjangkau	23	11	12	0,998636	0,03283964
		Sangat Mahal	1	0	1	0	
		Sangat Terjangkau	5	2	3	0,970951	
		Mahal	0	0	0	0	
	Kebutuhan untuk mengikuti BPJS Kesehatan	Sangat Butuh	14	8	6	0,985228	0,04165864
		Butuh	15	5	10	0,918296	
		Tidak perlu	0	0	0	0	
		Sangat Tidak Perlu	0	0	0	0	

Node	Jumlah Kasus (S)		Sum (Nilai)	Sum (Ada)	Sum (Tidak Ada)	Entropi	Gain keseluruhan
	Total Kasus		25	11	14	0,989587521	
	Atribut	Nilai					
1.5	Sarana &Prasarana Pelayanan Kesehatan yang ada saat ini	Bagus	18	10	8	0,99107606	0,120007377
		Buruk	6	1	5	0,650022422	
		Sangat Buruk	1	0	0	0	
		Sangat Bagus	0	0	0	0	
	Iuran yang diberlakukan kepada Peserta saat ini	Terjangkau	23	11	12	0,9986364	0,070842434
		Sangat Mahal	1	0	1	0	
		Sangat Terjangkau	1	0	0	0	
		Mahal	0	0	0	0	
	Kebutuhan untuk mengikuti BPJS Kesehatan	Sangat Butuh	11	7	4	0,945660305	0,090149468
		Butuh	14	10	4	0,8631205690	
		Tidak perlu	0	0	0	0	
		Sangat Tidak Perlu	0	0	0	0	

Node	Jumlah Kasus		Sum	Sum	Sum (Tidak Ada)	Entropi	Gain
------	--------------	--	-----	-----	------------------	---------	------

	(S)		(Nilai)	(Ada)			keseluruhan
	Total Kasus		18	6	12	0,918295834	
	Atribut	Nilai					
1.6	Iuran yang diberlakukan kepada Peserta saat ini	Terjangkau	16	6	10	0,954434003	0,069910054
		Sangat Mahal	1	0	1	0	
		Sangat Terjangkau	1	0	0	0	
		Mahal	0	0	0	0	
	Kebutuhan untuk mengikuti BPJS Kesehatan	Sangat Butuh	7	3	4	0,985228136	0,018548208
		Butuh	11	3	8	0,845350937	
		Tidak perlu	0	0	0	0	
Sangat Tidak Perlu		0	0	0	0		

HASIL DATA TRAINING SET APLIKASI WEKA 3.8

Test options

Use training set

Supplied test set Set...

Cross-validation Folds: 10

Percentage split %: 66

More options...

(Nom) kepesertaan

Start Stop

Result list (right-click for options)

22:10:08 - trees_J48

Classifier output

Time taken to test model on training data: 0.02 seconds

=== Summary ===

Correctly Classified Instances	92	92	%
Incorrectly Classified Instances	8	8	%
Kappa statistic	0.8344		
Mean absolute error	0.1206		
Root mean squared error	0.2456		
Relative absolute error	24.4741 %		
Root relative squared error	49.4782 %		
Total Number of Instances	100		
Ignored Class Unknown Instances		1	

=== Detailed Accuracy By Class ===

	TP Rate	FP Rate	Precision	Recall	F-Measure	MCC	ROC Area	PRC Area	Class
	0,818	0,000	1,000	0,818	0,900	0,846	0,961	0,952	Lanjut
	1,000	0,182	0,875	1,000	0,933	0,846	0,964	0,958	Tidak Lanjut
Weighted Avg.	0,920	0,102	0,930	0,920	0,919	0,846	0,962	0,955	

=== Confusion Matrix ===

```

a b <-- Classified as
36 8 | a = Lanjut
0 56 | b = Tidak Lanjut

```