

MENUJU INDONESIA SEHAT &
**JAMINAN
KESEHATAN
NASIONAL
YANG LEBIH BAIK**

Buku dengan judul “Menuju Indonesia Sehat dan Jaminan Kesehatan Nasional yang Lebih Baik”, terbit pada saat yang tepat dengan harapan dapat memberikan kontribusi dalam mendukung visi dan misi pemerintah khususnya di bidang kesehatan. Buku ini terbit sebagai hasil kajian dan penelitian mengenai Jaminan Kesehatan Nasional oleh para penulisnya di tahun 2015 yang turut diperkaya dengan diskusi langsung dengan berbagai pemangku kepentingan saat turun lapangan ke Kota Kupang, Provinsi NTT, dan Kota Pekanbaru, Provinsi Riau. Lima tulisan ilmiah dirangkai untuk melihat apa yang menjadi permasalahan utama dalam upaya pemerintah melaksanakan pembangunan kesehatan melalui pelaksanaan program-program di tingkat nasional dan daerah.

Kelima karya tulis ilmiah dalam buku ini memiliki sekuensi dan konektivitas yang baik dalam mendukung keberlanjutan program pembangunan kesehatan. Sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari program pembangunan nasional, pembangunan kesehatan melalui Program Indonesia Sehat harus mendapatkan dukungan dari seluruh pemangku kepentingan. Dalam konteks pencapaian pembangunan saat ini, tidak dapat dipungkiri eksistensi ketimpangan pembangunan antarwilayah dan kelompok masyarakat, sehingga keberlanjutan pembangunan kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan upaya pembangunan nasional.


Penyunting:
Dr. Sari Viciawati Machdum

MENUJU INDONESIA SEHAT DAN
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL YANG LEBIH BAIK


ANGGOTA IKAPI

Penyunting:
Dr. Sari Viciawati Machdum


Kartu Indonesia Sehat
**MENUJU INDONESIA SEHAT &
JAMINAN
KESEHATAN
NASIONAL
YANG LEBIH BAIK**
BPIS kesehatan



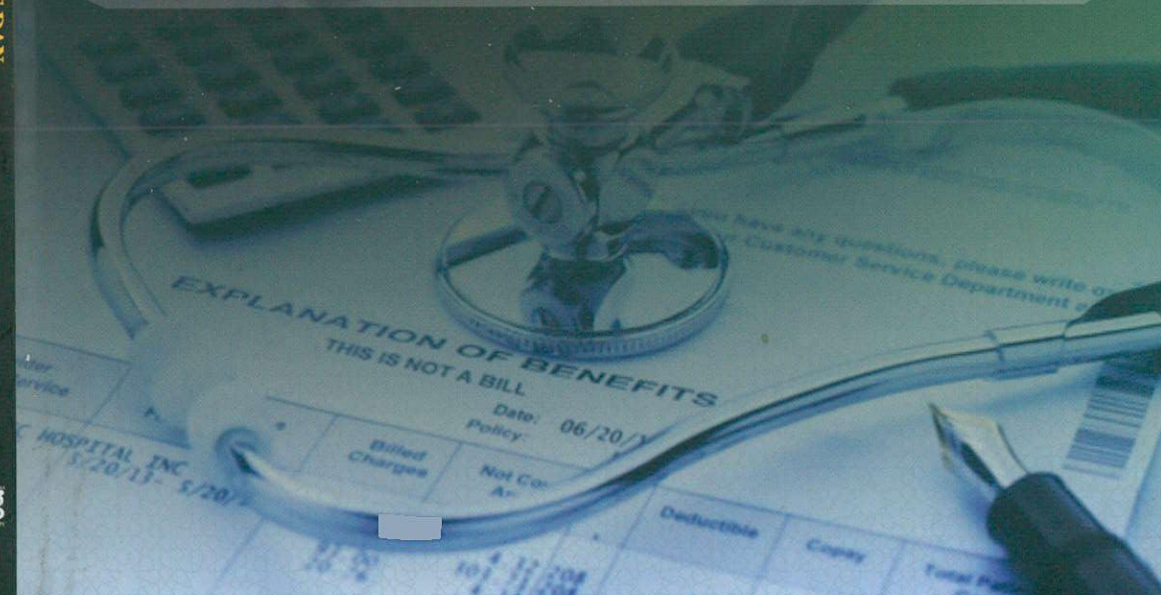
Diterbitkan oleh :
P3DI Setjen DPR RI dan Azza Grafika


AZZA
GRAFIKA
ANGGOTA IKAPI

ISBN 978-602-1247-33-4



9 786021 247334



Penyunting:
Dr. Sari Viciawati Machdum

**MENUJU INDONESIA SEHAT DAN
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
YANG LEBIH BAIK**



Diterbitkan oleh:
P3DI Setjen DPR RI dan Azza Grafika
2015



Judul:

Menuju Indonesia Sehat dan Jaminan Kesehatan Nasional yang Lebih Baik

Perpustakaan Nasional:

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

xiv+163 hlm.; 15.5x23 cm

ISBN: 978-602-1247-42-6

Cetakan Pertama, 2015

Penyunting:

Dr. Sari Viciawati Machdum

Penulis:

Hartini Retnaningsih

Rahmi Yuningsih

Yulia Indahri

Elga Andina

Tri Rini Puji Lestari

Desain Sampul:

Abue

Tata Letak:

Yulia Indahri

Penyelia Aksara:

Helmi Yusuf

Diterbitkan oleh:

Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI)

Sekretariat Jenderal DPR RI

Gedung Nusantara I Lt. 2

Jl. Jenderal Gatot Subroto Jakarta Pusat 10270

Telp. (021) 5715409 Fax. (021) 5715245

Bersama:

Azza Grafika, Anggota IKAPI DIY, No. 078/DIY/2012

Kantor Pusat:

Jl. Seturan II CT XX/128 Yogyakarta

Telp. +62 274-6882748

Perwakilan Jabodetabek:

Perum Wismamas Blok E1 No. 43-44, Cinangka, Sawangan, Kota Depok

Telp. (021) 7417244

Sanksi Pelanggaran Pasal 72**Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta**

1. Barangsiapa dengan sengaja melanggar dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 Ayat (1) atau Pasal 49 Ayat (1) dan Ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta atau hak terkait sebagai dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).

KATA PENGANTAR

Buku dengan judul “Menuju Indonesia Sehat dan Jaminan Kesehatan Nasional yang Lebih Baik”, terbit pada saat yang tepat dengan harapan dapat memberikan kontribusi dalam mendukung visi dan misi pemerintah khususnya di bidang kesehatan. Buku ini terbit sebagai hasil kajian dan penelitian mengenai Jaminan Kesehatan Nasional oleh para penulis di tahun 2015 yang turut diperkaya dengan diskusi langsung dengan berbagai pemangku kepentingan saat turun lapangan ke Kota Kupang, Provinsi NTT, dan Kota Pekanbaru, Provinsi Riau. Lima tulisan ilmiah dirangkai untuk melihat apa yang menjadi permasalahan utama dalam upaya pemerintah melaksanakan pembangunan kesehatan melalui pelaksanaan program-program di tingkat nasional dan daerah.

Seperti diketahui, saat ini masih banyak keraguan dan ketidakpercayaan publik akan efektivitas pelaksanaan BPJS Kesehatan yang sudah berjalan hampir dua tahun. Diharapkan melalui lima bagian tulisan yang saling melengkapi ini dapat terlihat betapa pentingnya kebijakan kesehatan yang berkesinambungan demi mewujudkan manusia Indonesia yang unggul.

Saya menilai kelima karya tulis ilmiah memiliki sekuensi dan konektivitas yang baik dalam mendukung keberlanjutan program pembangunan kesehatan. Sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari program pembangunan nasional, pembangunan kesehatan melalui Program Indonesia Sehat harus mendapatkan dukungan dari seluruh pemangku kepentingan. Dalam konteks pencapaian pembangunan saat ini, tidak dapat dipungkiri eksistensi ketimpangan pembangunan antarwilayah dan kelompok masyarakat, sehingga keberlanjutan pembangunan kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan upaya pembangunan nasional.

Kata Pengantar

Saya berkeyakinan bahwa invensi dan inovasi yang dihasilkan dalam buku ini akan memberikan sumbangan pemikiran yang berarti dalam perumusan kebijakan pembangunan kesehatan ke depan. Pada kesempatan yang baik ini, saya sampaikan apresiasi yang mendalam kepada penulis yang secara inovatif dan konstruktif telah berusaha memberikan sumbang pikir yang terbaik bagi pembangunan masyarakat dan bangsanya. Saya berikan penghargaan dan terima kasih mendalam kepada Dr. Sari Viciawati Machdum atas sumbangan pemikirannya dalam merancang dan melakukan kegiatan penyuntingan, sehingga buku ini layak untuk dibaca dan dapat bermanfaat bagi pengembangan kebijakan pembangunan kesehatan nasional. Amin.

Jakarta, Oktober 2015

Kepala Pusat Pengkajian,
Pengolahan Data dan Informasi,
Sekretariat Jenderal DPR-RI

Dr. Rahaju Setya Wardani

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
PROLOG	ix

BAGIAN KESATU

DAMPAK SOSIAL YANG DIHARAPKAN DAN KENDALA-KENDALA DALAM IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

oleh: Hartini Retnaningsih

I. PENDAHULUAN	1
II. KESEJAHTERAAN SOSIAL DAN JAMINAN SOSIAL.....	4
III. DAMPAK SOSIAL JAMINAN KESEHATAN.....	9
IV. MANFAAT JAMINAN KESEHATAN	15
V. KENDALA PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN.....	18
VI. STRATEGI KE DEPAN	23
VII. PENUTUP	25
DAFTAR PUSTAKA	27

BAGIAN KEDUA

TINJAUAN KEBIJAKAN PENGINTEGRASIAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KE DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

oleh: Rahmi Yuningsih

I. PENDAHULUAN	31
II. PERJALANAN JAMINAN KESEHATAN DI INDONESIA	35
III. JAMINAN KESEHATAN DAERAH.....	41
IV. KEBIJAKAN PENGINTEGRASIAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KE DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.....	47
V. HAMBATAN DALAM PENGINTEGRASIAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KE DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.....	51
VI. PENUTUP	58
DAFTAR PUSTAKA	60

BAGIAN KETIGA
PEMBANGUNAN KESEHATAN DAERAH
DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
(STUDI KASUS KOTA KUPANG)

oleh: Yulia Indahri

I. PENDAHULUAN	63
II. PEMBANGUNAN KESEHATAN KOTA KUPANG.....	67
III. PEMBANGUNAN KESEHATAN PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR	74
IV. PEMBANGUNAN KESEHATAN INDONESIA.....	82
V. PENUTUP	95
DAFTAR PUSTAKA	97

BAGIAN KEEMPAT
LAYANAN KESEHATAN JIWA DASAR
DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

oleh: Elga Andina

I. PENDAHULUAN	99
II. FUNGSI PUSKESMAS.....	102
III. LAYANAN KESEHATAN JIWA DASAR	104
IV. PENYAKIT PSIKIATRI YANG HARUS DILAYANI DI PUSKESMAS.....	110
V. KONDISI PELAYANAN KESEHATAN JIWA	113
VI. KEBUTUHAN AKAN TIM KERJA.....	116
VII. PENUTUP	123
DAFTAR PUSTAKA	124

BAGIAN KELIMA
PENINGKATAN AKSES MASYARAKAT MISKIN
TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN
MELALUI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

oleh: Tri Rini Puji Lestari

I. PENDAHULUAN	127
II. AKSES PELAYANAN KESEHATAN.....	129
III. PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.....	135
IV. AKSES MASYARAKAT MISKIN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN	138
V. PENUTUP	148
DAFTAR PUSTAKA	149

Daftar Isi

EPILOG	151
INDEKS	155
BIOGRAFI PENYUNTING	159
BIOGRAFI PENULIS	161

PROLOG

Kesejahteraan merupakan cita-cita yang selalu diimpikan oleh seluruh rakyat di negara mana pun, sehingga kesejahteraan menjadi masalah yang krusial dan selalu dibicarakan dalam setiap upaya penyelenggaraan negara. Urgensi kesejahteraan sebagai cita-cita setiap bangsa menyebabkan aspek kesejahteraan menjadi pertimbangan penting dalam setiap langkah pembangunan nasional.

Menurut *Pre-Conference Working for the 15th International Conference of Social Welfare*, konsep kesejahteraan adalah: *"Social welfare is all the organized arrangements which have as their direct and primary objective the well being of people in social context. It includes the broad range of policies and services which are concerned with various aspects of people live in their income, security, health, housing, education, recreation, cultural tradition, etc"*.

Berdasarkan kutipan tersebut dapat diartikan bahwa kesejahteraan sosial adalah keseluruhan usaha sosial yang terorganisir dan mempunyai tujuan utama untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat berdasarkan konteks sosialnya. Di dalamnya tercakup pula unsur kebijakan dan pelayanan dalam arti luas yang terkait dengan berbagai kehidupan dalam masyarakat, seperti pendapatan, jaminan sosial, kesehatan, perumahan, pendidikan, rekreasi budaya, dan sebagainya.

Di Indonesia UUD '45 Pasal 34 ayat (2) telah menyebutkan bahwa kewajiban negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Kewajiban ini yang kemudian diterjemahkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). SJSN dilaksanakan oleh badan yang dibentuk oleh pemerintah (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) dengan mengintegrasikan seluruh program jaminan nasional yang sebelumnya tersebar di empat

Prolog

lembaga penyelenggara yaitu PT. Jamsostek, PT. Askes, PT. ASABRI dan PT. Taspen.

UU SJSN yang dimaksudkan untuk melindungi seluruh rakyat Indonesia bukan tidak mendapat tentangan. Dalam kenyataannya, UU SJSN pernah mendapat gugatan secara konstitusional. Menurut para penggugat, BPJS seperti yang diamanatkan dalam UU SJSN hanya akan mengeksploitasi rakyat dan menguntungkan pemerintah karena semua rakyat Indonesia harus membayar premi jaminan sosial kepada lembaga tersebut. Di samping itu, pembayaran premi wajib bagi semua warga negara, terlepas dari status sosial ekonomi mereka, untuk semua program jaminan sosial yang diadakan oleh pemerintah telah mengaburkan antara jaminan sosial dan asuransi sosial.

Secara khusus alasan para penggugat karena ketentuan pelaksanaan jaminan sosial yang mewajibkan para pesertanya untuk membayar iuran pada Pasal 17 ayat (1) UU SJSN adalah bukti bahwa negara mengabaikan kewajibannya dalam memenuhi hak jaminan sosial bagi warganya. Hal ini bertentangan dengan UUD 45 Pasal 34 ayat (1) dan Pasal 28I ayat (4). Kemudian pada Pasal 17 ayat (2) UU SJSN mengenai pemberian kewenangan kepada pihak pemberi kerja untuk memungut iuran dari para pekerjanya yang kemudian disetorkan pada badan penyelenggara jaminan sosial setelah ditambahi iuran dari pihak pemberi kerja dianggap sebagai pengalihan tanggung jawab negara kepada sektor swasta dan masyarakat. Padahal menurut Pasal 34 ayat (2) dan (3), negara bertanggung jawab terhadap jaminan kesejahteraan bagi rakyat.

Namun pada akhirnya, putusan MK merestui sistem jaminan sosial nasional di Indonesia mengadopsi konsep asuransi sosial. Putusan MK pada tahun 2005 (No. 007/PUU-III/2005) tentang konstitusional sistem asuransi sosial menyatakan bahwa "UU SJSN telah cukup memenuhi maksud Pasal 34 ayat (2) UUD 1945, dalam arti bahwa sistem jaminan sosial yang dipilih UU SJSN telah cukup menjabarkan maksud konstitusi yang menghendaki agar sistem jaminan sosial yang dikembangkan mencakup seluruh rakyat dan bertujuan untuk meningkatkan keberdayaan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan."

Prolog

Sebelum tahun 2014 jaminan kesehatan telah dijalankan secara terfragmentasi melalui PT. Askes (Persero) dan PT. Jamsostek (Persero), Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) atau Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Hal ini menyebabkan biaya kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan menjadi sulit terkendali. Untuk itu, pemerintah telah membuat program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dan telah diimplementasikan pada 1 Januari 2014. Program JKN bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Melalui JKN diharapkan dapat dicapai jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019.

JKN bukanlah satu-satunya program jaminan kesehatan pemerintah. Pada tanggal 3 November 2014 Presiden Joko Widodo meluncurkan program Kartu Indonesia Sehat (KIS). KIS berlandaskan pada Peraturan Presiden No. 166 Tahun 2014 tentang Program Percepatan Penanggulangan Kemiskinan yang diterbitkan pada 10 November 2014. Pasal 2 ayat (2) peraturan tersebut menyebutkan bahwa terdapat tiga program perlindungan sosial, yaitu Program Simpanan Keluarga Sejahtera, Program Indonesia Pintar dan Program Indonesia Sehat. KIS merupakan kartu identitas bagi penerima program jaminan perlindungan sosial.

Jangkauan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dalam KIS lebih luas yaitu Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) anak balita terlantar, anak terlantar, anak yang berhadapan dengan hukum, anak jalanan, anak dengan disabilitas, anak yang menjadi korban tindak kekerasan atau diperlakukan salah, anak yang memerlukan perlindungan khusus, lanjut usia terlantar, penyandang disabilitas, tuna susila, gelandangan, pengemis, pemulung, kelompok minoritas, bekas warga binaan lembaga pemasyarakatan, orang dengan HIV/AIDS, korban penyalahgunaan NAPZA, korban *trafficking*, korban tindak kekerasan, pekerja migran bermasalah sosial, korban bencana alam, korban bencana sosial, perempuan rawan sosial ekonomi, fakir miskin, keluarga bermasalah sosial psikologis, dan komunitas adat terpencil.

Prolog

Saat ini masih banyak keraguan dan ketidakpercayaan publik akan efektivitas pelaksanaan BPJS yang dianggap merupakan transformasi dari PT. Askes. Selain juga ada beberapa catatan terkait pelaksanaan JKN di antaranya alur pelaksanaan BPJS yang berjenjang menyebabkan peserta tidak bisa langsung datang ke rumah sakit, sistem pembiayaan BPJS yang menggunakan INA-CBGs berpotensi dapat merugikan peserta atau rumah sakit, dan belum maksimalnya manfaat yang didapat oleh peserta BPJS khususnya penduduk yang tinggal di desa atau pedalaman. Selain itu, meningkatnya jumlah kunjungan pasien dibanding sebelum BPJS sementara di sisi lain jumlah SDM dan fasilitas masih terbatas, merupakan beban tersendiri bagi penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan saat ini. Untuk itu, masih banyak sekali permasalahan Program JKN yang harus terus dibenahi.

Karya-karya yang dimuat dalam Buku “Menuju Indonesia Sehat dan Jaminan Kesehatan Nasional yang Lebih Baik” ini merupakan hasil kajian dan penelitian mengenai JKN yang dilakukan para penulis di tahun 2015, yang diperkaya dengan diskusi langsung dengan berbagai pemangku kepentingan saat turun lapangan ke Kota Kupang, Provinsi NTT, dan Kota Pekanbaru, Provinsi Riau. Lima tulisan ilmiah dirangkai untuk melihat apa yang menjadi permasalahan utama dalam upaya pemerintah melaksanakan pembangunan kesehatan melalui pelaksanaan program-program di tingkat nasional dan daerah.

Tulisan pertama oleh **Hartini Retnaningsih** berupaya menjawab berbagai pertanyaan mengenai dampak sosial yang diharapkan muncul ketika pemerintah memulai pelaksanaan JKN. Tulisan ilmiah dengan judul “Dampak Sosial yang Diharapkan dan Kendala-Kendala dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional” akan melihat manfaat apa yang didapatkan masyarakat dan kendala-kendala apa saja yang masih harus menjadi perbaikan agar pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui Program JKN benar-benar untuk kepentingan rakyat.

Sebagai rangkaian dari tulisan pertama, tulisan kedua oleh **Rahmi Yuningsih** menekankan pada bagaimana pengintegrasian dan upaya menjaga keberlanjutan program-program pembangunan kesehatan dengan melihat transisi jaminan kesehatan. Melalui

Prolog

tulisan berjudul “Tinjauan Kebijakan Pengintegrasian Jaminan Kesehatan Daerah ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional” penulis membawa kita pada keberadaan awal jaminan kesehatan yang dikelola daerah dengan melihat karakter kedaerahannya. Berbagai program tersebut harus menyesuaikan diri dengan jaminan kesehatan nasional yang berasal dari pusat diiringi dengan berbagai target yang harus dipenuhi oleh daerah. Kekhawatiran yang disampaikan oleh penulis adalah mekanisme keberlanjutan program pembangunan daerah untuk mencapai jaminan kesehatan universal.

Tulisan ketiga dengan judul “Pembangunan Kesehatan Daerah di Era Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Kasus Kota Kupang)” oleh **Yulia Indahri** mengangkat permasalahan secara deduktif, mulai dari permasalahan di tingkat kabupaten/kota, kemudian ke tingkat provinsi, dan selanjutnya ke tingkat nasional. Penulis mencoba melihat kondisi di daerah yang mendorong pemerintah setempat menjalankan kebijakan yang lebih dapat mengakomodasi kebutuhan Kota Kupang. Diharapkan ada pembelajaran dari pelaksanaan pembangunan kesehatan yang telah berlangsung selama ini untuk lebih memahami peluang penerapan kebijakan yang lebih baik.

Secara lebih khusus, **Elga Andina** dalam tulisan keempat dengan judul “Layanan Kesehatan Jiwa Dasar di Era Jaminan Kesehatan Nasional” mencoba mengkaji salah satu permasalahan pembangunan kesehatan yang terkadang terpinggirkan, yaitu permasalahan kesehatan jiwa. Kajian di salah satu puskesmas di Kota Pekanbaru, Provinsi Riau menjadi awal diskusi akan kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa yang semakin tinggi mengingat prevalensi gangguan kejiwaan di Indonesia terus meningkat. Oleh karena itu, peran puskesmas sebagai fasilitas kesehatan pertama yang diakses masyarakat sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan jiwa perlu ditingkatkan.

Tulisan pada bagian kelima menjadi penutup Buku ini dengan judul “Peningkatan Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional” oleh **Tri Rini Puji Lestari**. Kajian menguraikan bagaimana pelaksanaan Program JKN dan hubungannya dengan akses masyarakat miskin

Prolog

terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini sangat menarik karena dalam UU SJSN dan UU BPJS diamanatkan bahwa Program JKN harus dapat memberikan jaminan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat.

Jakarta, 1 Oktober 2015

Dr. Sari Viciawati Machdum

DAMPAK SOSIAL YANG DIHARAPKAN DAN KENDALA-KENDALA DALAM IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

oleh: Hartini Retnaningsih

I. PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (selanjutnya disingkat Program JKN) merupakan kebijakan sosial yang telah ditetapkan oleh negara untuk kepentingan kesejahteraan seluruh rakyat Indonesia. Program JKN yang merupakan bagian dari skema Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disingkat SJSN) merupakan penyempurnaan dari program jaminan sosial sebelumnya yang masih bersifat parsial, di mana belum semua masyarakat Indonesia memiliki jaminan kesehatan dalam hidupnya. Pada masa lalu, yang memiliki jaminan kesehatan hanya kelompok-kelompok masyarakat tertentu seperti PNS/TNI/Polri, pegawai BUMN dan pegawai perusahaan swasta. Kelompok-kelompok tersebut memiliki jaminan kesehatan secara struktural karena didaftarkan oleh instansi tempatnya bekerja dan mereka harus mengiur sejumlah premi tertentu setiap bulannya. Di samping kelompok-kelompok masyarakat tersebut, ada kelompok masyarakat lainnya yang memiliki jaminan sosial pemberian dari negara (yang dilaksanakan oleh pemerintah), yaitu masyarakat kategori miskin yang dijamin melalui Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (selanjutnya disingkat Program Jamkesmas).

Melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disingkat UU SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disingkat UU BPJS)

maka pemerintah menetapkan dimulainya Program JKN pada tanggal 1 Januari 2014. Hingga kini telah sekitar 1,5 tahun Program JKN tersebut diselenggarakan, dan banyak harapan bersemayam di setiap diri warga Negara Indonesia. Program JKN merupakan program nasional, sebuah program yang memiliki areal kerja yang luas karena mencakup layanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Program tersebut diprediksikan tidak akan berjalan mulus pada awal-awal penyelenggaraannya, dikarenakan meskipun pemerintah telah menetapkan program tersebut dimulai tanggal 1 Januari 2014 namun belum didukung oleh sumber daya manusia, sarana/prasarana yang sempurna sesuai kebutuhan di lapangan.

Dari sejumlah pemberitaan media massa dapat diketahui adanya berbagai kendala dalam penyelenggaraan Program JKN di lapangan. Muncul berbagai kasus dan komplain tentang layanan kesehatan yang terkait dengan Program JKN di berbagai puskesmas dan Rumah Sakit (selanjutnya disingkat RS) di Indonesia. Komplain terkait Program JKN bukan saja berasal dari masyarakat sebagai pengguna layanan kesehatan, namun juga berasal dari pihak puskesmas dan RS selaku penyelenggara layanan kesehatan bagi masyarakat peserta Program JKN. Keadaan ini tentu menjadi persoalan besar yang harus diperhatikan oleh pemerintah, karena Program JKN merupakan program nasional yang didasarkan pada undang-undang, sehingga pemerintah harus menyukseskan Program JKN demi kepentingan seluruh rakyat Indonesia. Berbagai kendala yang terjadi selama penyelenggaraan Program JKN harus menjadi bahan bahasan untuk melakukan revisi penyelenggaraan Program JKN ke depan.

Tulisan ini mengkaji tentang pentingnya Program JKN sebagai bagian dari upaya perlindungan atau jaminan sosial yang dilakukan oleh negara untuk rakyat Indonesia. Tulisan ini juga mengkaji berbagai hal yang menjadi kendala dalam penyelenggaraan Program JKN dalam kaitannya dengan dampak sosial yang diharapkan dari Program JKN bagi kepentingan seluruh rakyat Indonesia. Adanya berbagai kendala dalam penyelenggaraan JKN harus segera diatasi, penyelenggaraan Program JKN harus terus diperbaiki, untuk kesejahteraan rakyat Indonesia. Program JKN seharusnya memiliki dampak sosial yang baik dan dapat memberikan rasa sejahtera bagi masyarakat Indonesia.

Program JKN merupakan bagian dari skema nasional dalam rangka penyelenggaraan SJSN, di mana SJSN dimaksudkan untuk memberikan perlindungan atau jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Masyarakat yang sehat merupakan salah satu kunci dari keberhasilan pembangunan bangsa Indonesia, sehingga Program JKN diyakini dapat menjadi penopang bagi upaya terciptanya kesehatan masyarakat yang pada akhirnya akan mendukung pembangunan nasional. Program JKN merupakan program nasional yang dimaksudkan untuk memberikan perlindungan atau jaminan sosial di bidang kesehatan bagi masyarakat.

Program JKN mengharuskan pemerintah menyediakan sumber daya manusia, fasilitas, dan sarana/prasarana yang memadai, agar Program JKN dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat. Program JKN seharusnya mampu menjangkau layanan bagi seluruh rakyat Indonesia, dari mereka yang berada di kota-kota hingga mereka yang berada di berbagai pelosok tanah air. Pemerintah harus memastikan agar layanan kesehatan melalui Program JKN dapat diakses oleh seluruh rakyat Indonesia dengan cara yang mudah dan tanpa diskriminasi.

Dampak sosial yang diharapkan dari Program JKN adalah agar program ini dapat memberikan layanan terbaik bagi masyarakat, karena pada dasarnya kondisi kesehatan yang baik merupakan salah satu bagian yang penting dari *human investment* (pembangunan manusia). Dengan keberhasilan Program JKN, diharapkan Indonesia akan memiliki sumber-sumber daya manusia yang berkualitas tinggi untuk pembangunan nasional.

Dalam kajian ini ada beberapa pertanyaan yang ingin dijawab dalam rangka perbaikan Program JKN ke depan, yaitu:

1. Bagaimana dampak sosial yang diharapkan dari Program JKN?
2. Apakah Program JKN sudah dilaksanakan dengan baik oleh penyelenggara?
3. Apakah Program JKN sudah dirasakan manfaatnya oleh masyarakat?
4. Apa saja kendala-kendala yang dihadapi dalam implementasi Program JKN?
5. Bagaimana strategi ke depan untuk implementasi Program JKN yang lebih baik?

II. KESEJAHTERAAN SOSIAL DAN JAMINAN SOSIAL

Program JKN terkait dengan masalah kesejahteraan sosial, di mana kesejahteraan sosial merupakan bagian dari upaya negara untuk memberikan kesejahteraan bagi rakyatnya. Kesejahteraan sosial ibarat cita-cita yang tidak kunjung padam, yang terus diperjuangkan oleh setiap warga negara di dunia mana pun tidak terkecuali Indonesia. Kesejahteraan sosial merupakan sebuah kondisi yang diidamkan setiap manusia, di mana manusia dapat memenuhi segala kebutuhan dasarnya dengan baik, dengan kemudahan akses yang dinyatakan sah oleh otoritas negara.

Kesejahteraan sosial terkait dengan berbagai aspek kehidupan di antaranya sistem hukum, program, manfaat, dan pelayanan yang dimaksudkan untuk memperkuat individu dan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasarnya. Sehubungan dengan hal ini, Wickenden yang dikutip Friedlander mengemukakan:

"Social welfare is a system of laws, programs, benefits, and services which strengthen or assure provision for meeting social needs recognized as basic for the welfare of the population and for the functioning of the social order. The system is undergoing rapid transformation in response to the transition of our society from scarcity to relative abundance and to the revolution of rising expectations."¹

Masalah kesejahteraan sosial menyangkut kebutuhan-kebutuhan dasar manusia sehingga kesejahteraan sosial mengandung berbagai elemen yang dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan tersebut. Menurut Midgley, kesejahteraan sosial mengandung elemen-elemen sebagai berikut:

".... A condition of social welfare (or social well-being) is conceived of as comprising three elements. They are, first, the degree to which social problems are managed, second, the extent to which needs are met and, finally, the degree to which opportunities for advancement are provided. These three elements apply to individuals, families, groups, communities and even whole societies. The three elements thus operate at different social levels

¹ Walter A. Friedlander dan Robert Z. Apte, *Introduction to Social Welfare, Fifth Edition* (New Jersey: Prentice Hall, 1980), hlm. 4.

and need to apply at each level if a society as a whole is to enjoy a reasonable state of social well-being."²

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

Dari sisi negara, perlindungan atau jaminan sosial merupakan kewajiban yang harus dipenuhi oleh negara untuk rakyatnya. Sedangkan dari sisi rakyat, perlindungan atau jaminan sosial merupakan hak di mana perlindungan atau jaminan tersebut merupakan sesuatu yang sangat penting bagi kehidupan mereka. Perlindungan atau jaminan sosial tersebut sangat dibutuhkan masyarakat ketika mereka mengalami musibah yang datang tiba-tiba dan di luar kendali kapasitasnya untuk mengatasi.

Terkait dengan perlindungan atau jaminan sosial, Sulastomo mengemukakan bahwa dari pengalaman berbagai negara, ada beberapa prinsip yang menjadi ciri sistem jaminan sosial, yaitu:

1. Program jaminan sosial tumbuh dan berkembang sejalan pertumbuhan ekonomi negara. Program jaminan sosial berkembang terlebih dahulu pada kelompok formal, baru kemudian nonformal.
2. Ada peran peserta untuk ikut membiayai program jaminan sosial, melalui mekanisme asuransi, baik sosial, komersial, atau tabungan.
3. Kepesertaan bersifat wajib sehingga hukum *the law of large numbers* cepat terpenuhi. Besarnya jumlah peserta akan berdampak pada kemampuan memberikan manfaat/*benefit-package* dan kepastian perhitungan aktuarial.
4. Peran negara yang besar, baik dalam regulasi, kebijakan maupun penyelenggaraan program jaminan sosial.

² James Midgley, *Social Development: The Developmental Perspective in Social Welfare* (London: Sage Publications, 1995), hlm. 14.

5. Bersifat *not for profit*, seluruh nilai tambah hasil investasi harus dikembalikan untuk peningkatan jaminan program jaminan sosial.
6. Penyelenggaraan program jaminan sosial harus dapat diselenggarakan dengan penuh kehati-hatian, transparan, akuntabel.³

Perlindungan atau jaminan sosial adalah sesuatu hal yang wajib dilakukan dalam penyelenggaraan negara. Perlindungan atau jaminan sosial merupakan kewajiban negara, karena secara ideal negara adalah pelindung bagi rakyatnya dalam keadaan apapun.

Perlindungan atau jaminan sosial dapat dilakukan melalui berbagai bentuk, di mana perlindungan atau jaminan sosial tersebut ada yang bersifat pemberian semata (*charity*) atau pemberian dengan persyaratan. Menurut Suharto, ada tiga jenis perlindungan sosial dengan target utama yang ingin dicapainya,⁴ yaitu sebagaimana terlihat dalam Tabel 1.1.

Tabel 1.1
Jenis Perlindungan Sosial dan Target Utamanya

Skema Perlindungan Sosial	Target Utama: Kelompok Rentan dan Kurang Beruntung
1. Bantuan Sosial	Orang dengan kecacatan fisik dan/atau mental, etnik minoritas, KAT, korban penyalahgunaan narkoba, orang tua tunggal, pengungsi, korban bencana alam/sosial, janda, lanjut usia telantar.
2. Asuransi Sosial	Orang sakit, lanjut usia, janda, orang dengan kecacatan, penganggur, pekerja informal, buruh tani, pedagang kaki lima.
3. Jaminan Kesejahteraan Sosial Berbasis Masyarakat	Komunitas perkotaan atau perdesaan yang tidak memiliki skema/sistem yang dapat melindungi mereka dari berbagai risiko.

Sumber: Suharto, 2007.

³ Sulastomo, *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Sebuah Introduksi* (Jakarta: RajaGrafindo Persada, 2008), hlm. 14-15.

⁴ Edi Suharto, *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik* (Bandung: Alfabeta, 2007), hlm. 28.

Perlindungan atau jaminan sosial terkait dengan kemampuan manusia untuk mengatasi masalah-masalah khususnya terkait dengan upaya pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dasar manusia. Sehubungan dengan hal ini, Dean menyatakan:

“Universal needs: these are needs that are held to be universal to all. Provision for meeting universal need is based on concepts of social citizenship and the principle that for every member of society the state should provide or source access to specific benefits, including healthcare, social security, and education.”⁵

Di Indonesia, masalah perlindungan atau jaminan sosial telah tercantum dalam konstitusi khususnya Pasal 34 UUD 1945 yang berbunyi:

- (1) Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara.
- (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
- (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam undang-undang.

Berdasarkan konstitusi tersebut, maka negara bertanggung jawab atas berbagai kebutuhan dasar seluruh warga negara. Berdasarkan Pasal 34 ayat (2), negara bertanggung jawab dalam memberikan perlindungan atau jaminan sosial dengan mengembangkan jaminan sosial yang berlaku umum bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah atau yang tidak mampu agar menjadi lebih berdaya dan mencapai kehidupan yang sesuai dengan martabat kemanusiaan.

Terkait dengan masalah kesehatan, Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) menyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak bagi masyarakat. Sehubungan dengan itu, negara

⁵ Heartley Dean, *Understanding Human Need (Understanding Welfare: Social Issues, Policy, and Practice)* (Portland: The Policy Press & the Social Policy Association, 2010), hlm. 139.

telah menetapkan pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional di bidang kesehatan melalui Program JKN yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disingkat BPJS) sejak 1 Januari 2014. Program ini merupakan amanat dari UU BPJS dan UU SJSN.

Program JKN merupakan bagian dari upaya perlindungan atau jaminan sosial yang dilakukan oleh negara untuk seluruh rakyat Indonesia. Perlindungan atau jaminan sosial dilakukan salah satunya dengan asuransi sosial, di mana asuransi sosial merupakan salah satu cara untuk menyelenggarakan jaminan sosial yang luas cakupannya. Menurut Miller yang dikutip Nugroho:

*"The core concept of social security is social insurance. Beveridge Report (1942) stated that insurance aims to secure income from unemployment, sickness, accident, retirement age, loss of support by the death of family, and additional expenditure, such as: birth, death and marriage. Insurance also aims to end the security interruption as soon as possible."*⁶

Program JKN adalah program nasional di bidang kesehatan yang dimaksudkan untuk memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat, agar tercapai kondisi masyarakat yang sehat dan sejahtera. Harapan lebih jauh dari Program JKN adalah masyarakat Indonesia yang sehat dan produktif dan bermanfaat bagi pembangunan nasional Indonesia.

Jaminan kesehatan nasional terkait dengan upaya pemenuhan kebutuhan dasar di bidang kesehatan bagi setiap warga negara. Dalam hal ini negara wajib memberikan setidaknya pelayanan dasar bagi kesehatan masyarakat. Sehubungan dengan pelayanan dasar kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat, Thabrany mengemukakan:

*"Pelayanan dasar adalah konsep manajemen yang efisien yang membagi layanan kesehatan dengan tingkat dasar (selanjutnya disebut layanan primer). Dulu layanan primer disebut layanan Pemberi Pelayanan Tingkat I (PPK I) seperti layanan di puskesmas, klinik pratama, dan dokter/dokter gigi praktik umum."*⁷

⁶ Riant Nugroho, *Social Policy for Developing Countries* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2012), hlm. 138.

⁷ Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional* (Jakarta: RajaGrafindo Persada, 2015), hlm. 122-123.

Masalah kebutuhan layanan dasar kesehatan kemudian memunculkan istilah paket dasar, yang menurut Thabrany:

“Sementara paket dasar adalah paket jaminan asuransi kesehatan yang dijamin program asuransi publik (JKN), yang harus memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Kebutuhan dasar sesuai indikasi medis tidak bisa dikurangi.”⁸

Jaminan kesehatan nasional membutuhkan penyelenggaraan yang efektif dan efisien baik dari sisi kualitas pelayanan kesehatan maupun pendanaannya. Salah satu cara yang dapat digunakan adalah dengan asuransi sosial. Terkait dengan hal ini, Thabrany mengemukakan:

“Jaminan kesehatan publik (asuransi sosial/asuransi publik) menyediakan manfaat (*benefit*) kesehatan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang obyektif yang sering disebut sesuai indikasi medis.”⁹

Berdasarkan konsep jaminan kesehatan tersebut di atas, maka dapat ditarik pengertian bahwa Program JKN adalah program perlindungan atau jaminan kesehatan nasional untuk rakyat Indonesia yang menggunakan skema asuransi sosial untuk pendanaannya. Dalam hal ini rakyat Indonesia yang mampu secara ekonomi harus membayar iuran dan masyarakat yang tidak mampu secara ekonomi dibayarkan iurannya oleh negara. Dalam konteks Program JKN, masyarakat yang tidak mampu tersebut dikategorikan sebagai Penerima Bantuan Iuran (selanjutnya disingkat PBI).

III. DAMPAK SOSIAL JAMINAN KESEHATAN

Dampak sosial yang diharapkan dari adanya Program JKN adalah terciptanya masyarakat yang sehat dan sejahtera dalam rangka pembangunan nasional. Dampak sosial yang dimaksudkan dalam hal ini adalah bahwa secara konkret masyarakat dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar di bidang kesehatan tanpa harus mengorbankan aspek-aspek hidup lainnya yang dapat mengganggu keseimbangan hidupnya secara keseluruhan.

⁸ *Ibid.*, hlm. 123.

⁹ *Ibid.*

Tidak mudah untuk melihat dampak sosial dari suatu program, karena sulitnya mengukur secara tepat tentang kesejahteraan yang dirasakan masyarakat terkait Program JKN. Dalam tulisan ini penulis meminjam istilah yang digunakan Forest Trends untuk menggambarkan betapa banyak kendala dalam melakukan penilaian dampak sosial, di mana meskipun sulit namun penilaian dampak sosial harus dilakukan dalam program sosial. Menurut Forest Trends tantangan-tantangan dalam penilaian dampak sosial adalah sebagai berikut:

“Mudah untuk melakukan suatu penilaian dampak sosial yang buruk. Bahkan suatu studi yang canggih dan mahal kemudian terbukti cacat dalam satu atau lain aspek. Ini semua karena kita berhadapan dengan hal-hal yang sulit untuk diukur secara pasti - seseorang tidak dapat dengan mudah mengukur atau menghitung perubahan sosial atau dengan cepat mengatakan apa penyebabnya. Tantangan utama dalam penilaian dampak sosial adalah bahwa:

- Sulit untuk membuktikan sebab dan akibat - menyatakan sesuatu sebagai penyebab adalah tantangan utama yang harus dibuktikan untuk setiap jenis penilaian dampak, dan bisa membuat proses ini menjadi mahal tergantung pada metode penelitian yang dipilih;
- Dampak sosial sering baru kelihatan dalam jangka panjang dan sulit untuk mengidentifikasikannya dalam jangka pendek;
- Dampak sosial sering halus dan tersembunyi, bersifat tidak langsung (efek samping) atau efek samping negatif tidak terduga;
- Dampak sosial juga berkaitan dengan kontestasi atau persaingan nilai-nilai sosial dan politik;
- Bisa sulit membedakan antara *impact* atau dampak jangka panjang dan *outcome* atau hasil jangka menengah;
- Kurang tersedianya data yang dapat diandalkan mengenai dampak sosial dari suatu intervensi sumber daya alam, sehingga dasarnya lemah untuk bisa memprediksi proses perubahan sosial dan hasilnya;
- Perlu adanya diferensiasi sosial pada berbagai level, misalnya, sub-kelompok dalam tiap pemangku kepentingan, dampak di dalam rumah tangga, kepentingan terkait mata pencaharian, perbedaan-perbedaan yang bersifat sementara, dll;

- Tidak ada pendekatan yang bersifat 'satu ukuran cocok untuk semua'.¹⁰

Program JKN saat ini masih dalam tahap awal implementasi, sehingga akan sangat sulit untuk dilakukan penilaian dampak sosial terhadap program tersebut. Namun demikian, bukan berarti kita menafikan dampak sosial yang diharapkan dari Program JKN.

Dampak sosial yang diharapkan dari Program JKN adalah terciptanya masyarakat yang sehat dan produktif bagi pembangunan nasional, dan akhirnya menjadi masyarakat yang sejahtera. Dampak sosial yang diharapkan dari Program JKN terkait dengan tujuan dari program tersebut. Terkait dengan tujuan Program JKN, menurut Jamsos Indonesia:

"Program Jaminan Kesehatan Nasional disingkat Program JKN adalah suatu program pemerintah dan masyarakat/rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera."¹¹

Definisi tersebut telah diadopsi dalam Pasal-Pasal dan ayat-ayat UU BPJS, sehingga definisi tersebut menjadi dasar dari setiap langkah penyelenggaraan Program JKN. Dengan demikian, dampak sosial yang diharapkan dari Program JKN adalah terciptanya rakyat Indonesia yang sehat, produktif, dan sejahtera.

Jika dipandang berdasarkan konsep Friedlander maka dampak sosial yang diharapkan dari Program JKN adalah kesejahteraan masyarakat Indonesia yang dicapai melalui upaya perlindungan atau jaminan sosial.¹² Program JKN dalam hal ini dapat dipandang sebagai sistem hukum dan program yang digunakan untuk memberikan pelayanan sosial bagi masyarakat, yaitu pelayanan kesehatan yang dikelola secara sistematis agar dapat diakses oleh seluruh masyarakat yang membutuhkannya. Sedangkan jika dipandang dari konsep Midgley, Program JKN merupakan

¹⁰ Forest Trends, "Penilaian Dampak Sosial Secara Partisipatif untuk Proyek dan Program Sumber Daya Alam", Forest Trends. http://www.forest-trends.org/documents/files/doc_3910.pdf, diakses 29 September 2015, hlm. 2.

¹¹ Jaminan Sosial Indonesia, "Program Jaminan Kesehatan", http://www.jamsosindonesia.com/sjsn/Program/program_jaminan_kesehatan, diakses 29 September 2015.

¹² Walter A. Friedlander dan Robert Z. Apte, *loc. cit.*

serangkaian upaya yang dilakukan oleh negara untuk mengatasi permasalahan sosial yang dihadapi masyarakat, sejak disadarinya keberadaan permasalahan tersebut hingga dilakukannya tindakan untuk mengatasinya.¹³ Dengan demikian, dampak sosial yang diharapkan dari Program JKN pada akhirnya adalah kondisi masyarakat yang sehat, produktif, dan sejahtera.

Program JKN telah dimulai pada tanggal 1 Januari 2014, yang berarti hingga saat ini telah berjalan sekitar 1,5 tahun. Banyak harapan masyarakat dari dicanangkannya Program JKN, di mana banyak masyarakat yang semula tidak/kurang semangat menggunakan jasa puskesmas dan RS milik pemerintah, kemudian bersedia memanfaatkannya dengan menggunakan Kartu JKN. Di pihak puskesmas dan RS serta BPJS pun telah mempersiapkan diri masing-masing untuk menyongsong Program JKN yang memiliki misi yang mulia itu. Segala fasilitas, sarana, dan prasarana serta tidak ketinggalan sumber daya manusia yang ada diupayakan untuk ditingkatkan kualitas dan kuantitasnya, agar mampu melayani kebutuhan masyarakat akan kesehatan.

Program JKN telah mulai dilaksanakan dengan segenap upaya, di mana pemerintah telah mempersiapkan berbagai peraturan pelaksanaan seperti terlihat di Tabel 1.2.

Tabel 1.2
Peraturan Terkait Program Jaminan Kesehatan Nasional

No.	Peraturan
1.	Pelayanan kesehatan diberikan di fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta yang menjalin kerja sama dengan badan penyelenggara jaminan sosial. (UU SJSN Pasal 23 ayat (1))
2.	Dalam keadaan darurat, pelayanan kesehatan dapat diberikan pada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerja sama dengan badan penyelenggara jaminan sosial. (UU SJSN Pasal 23 ayat (2))

¹³ James Midgley, *loc. cit.*

Dampak Sosial dan Kendala Program JKN

No.	Peraturan
3.	Badan penyelenggara jaminan sosial wajib memberikan kompensasi untuk memenuhi kebutuhan medik peserta yang berada di daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat. Kompensasi dapat diberikan dalam bentuk uang tunai. (UU SJSN Pasal 23 ayat (3) dan Penjasannya)
4.	Layanan rawat inap di rumah sakit diberikan di kelas standar. (UU SJSN Pasal 23 ayat (4))
5.	Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara badan penyelenggara jaminan kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. (UU SJSN Pasal 24 ayat (1))
6.	Badan penyelenggara jaminan sosial wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak permintaan pembayaran diterima. (UU SJSN Pasal 24 ayat (2))
7.	Badan penyelenggara jaminan sosial dapat memberikan anggaran di muka kepada rumah sakit untuk melayani peserta, mencakup jasa medis, biaya perawatan, biaya penunjang dan biaya obat-obatan yang penggunaannya diatur sendiri oleh pemimpin rumah sakit (metoda pembayaran prospektif). (UU SJSN Penjelasan Pasal 24 ayat (2))
8.	Badan penyelenggara jaminan sosial menjamin obat-obatan dan bahan medis habis pakai dengan mempertimbangkan kebutuhan medik, ketersediaan, efektifitas dan efisiensi obat atau bahan medis habis pakai sesuai ketentuan peraturan perundangan. (UU SJSN Pasal 25 dan Penjasannya)
9.	Dalam pengembangan pelayanan kesehatan, badan penyelenggara jaminan sosial menerapkan sistem kendali mutu, sistem kendali biaya dan sistem pembayaran untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi jaminan kesehatan serta untuk mencegah penyalahgunaan pelayanan kesehatan (UU SJSN Pasal 24 ayat (3) dan Penjasannya)
10.	Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya. (UU SJSN Pasal 22 ayat (2))

Sumber: Jaminan Sosial Indonesia, 2015.

Dengan berbagai peraturan tersebut, diharapkan Program JKN dapat berjalan lancar dan memberikan manfaat yang sebesar-besarnya untuk kepentingan rakyat Indonesia. Berbekal peraturan-peraturan tersebut, segenap penyelenggara Program JKN berupaya melakukan yang terbaik demi memberikan pelayanan kesehatan untuk seluruh rakyat Indonesia.

Jika dipandang berdasarkan konsep Sulastomo maka pelaksanaan Program JKN merupakan upaya perwujudan dari perlindungan atau jaminan sosial berdasarkan prinsip-prinsip tertentu yang menyesuaikan dengan kondisi pertumbuhan ekonomi negara.¹⁴ Di dalam Program JKN juga terdapat keterlibatan masyarakat dalam membiayai program sehingga beban biaya kesehatan ditanggung bersama oleh seluruh rakyat Indonesia. Kepesertaan yang bersifat wajib merupakan perwujudan dari prinsip gotong royong dan juga keadilan sosial, sedangkan sifat badan hukum yang nirlaba menunjukkan kesungguhan negara untuk mengelola kesejahteraan masyarakat. Sedangkan penyelenggaraan program jaminan sosial harus dapat diselenggarakan dengan penuh kehati-hatian, transparan, akuntabel merupakan bagian dari cara menuju keadilan dan kesejahteraan rakyat Indonesia.

Jika dipandang berdasarkan konsep Suharto, maka Program JKN merupakan asuransi sosial yang dimaksudkan untuk kesejahteraan rakyat Indonesia tanpa kecuali, di mana orang yang kaya dan miskin memiliki kewajiban yang sama untuk membayar premi asuransi (walau untuk masyarakat miskin dibayarkan iurannya oleh negara/pemerintah).¹⁵ Dalam hal ini semua orang baik yang bekerja atau tidak bekerja, orang tua maupun muda, semua menjadi peserta Program JKN.

Sedangkan jika dipandang dari konsep Dean, Program JKN terkait dengan kemampuan manusia untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan, di mana melalui Program JKN diharapkan masyarakat tidak terbebani dengan biaya kesehatan yang mahal yang dapat memengaruhi kemampuan fungsi sosial lainnya.¹⁶

¹⁴ Sulastomo, *loc. cit.*, hlm. 14-15.

¹⁵ Edi Suharto, *loc. cit.*, hlm. 28.

¹⁶ Heartley Dean, *loc. cit.*, hlm. 139.

Dengan Program JKN diharapkan semua masalah kesehatan dapat diatasi, dan masyarakat dapat hidup sehat serta produktif dan kemudian mencapai kesejahteraan yang diimpikan.

Jika dipandang dari sisi konstitusi, jelas Program JKN merupakan upaya perwujudan dari Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 yaitu kewajiban negara untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak bagi seluruh rakyat Indonesia.

IV. MANFAAT JAMINAN KESEHATAN

Adanya Program JKN memberikan harapan bagi masyarakat terutama yang selama ini banyak menghadapi kesulitan ketika terkena musibah dan harus berobat serta menjalani perawatan di puskesmas atau RS. Banyak hal yang menjadi kendala mereka selama ini seperti keharusan membayar sejumlah uang, di mana hal ini menjadi beban bagi masyarakat yang tidak mampu.

Ketika Program JKN dicanangkan pada tanggal 1 Januari 2014 banyak masyarakat yang selama ini takut berobat ke puskesmas atau ke RS jadi lebih berani untuk melakukannya, terutama bagi mereka yang memegang Kartu JKN yang merupakan penerima bantuan iuran dari pemerintah.

Untuk mengetahui manfaat Program JKN bagi masyarakat dapat dilihat dari perspektif masyarakat. Menurut Pohan:

“Pasien/masyarakat melihat layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakan dan diselenggarakan dengan cara yang sopan santun, tepat waktu, tanggap, dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit.”¹⁷

Apakah Program JKN sejauh ini telah memberikan manfaat bagi masyarakat? Sebelum membahas lebih lanjut tentang hal tersebut, dapat dilihat kontribusi yang harus diberikan oleh masyarakat untuk penyelenggaraan Program JKN. Tabel 1.3 memperlihatkan premi yang harus dibayarkan oleh peserta Program JKN sesuai kategori pekerjaan seseorang. Jumlah premi

¹⁷ Imbalo S. Pohan, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar, Pengertian, dan Penerapan* (Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2002), hlm. 13.

yang dibayarkan tersebut diasumsikan mampu menopang berbagai kemungkinan yang terjadi dalam pelayanan kesehatan masyarakat hingga kini, di mana uang yang terkumpul hanya digunakan oleh orang yang sakit saja, dan jika ada sisa akan dikembalikan atau dikembangkan untuk peserta dalam bentuk peningkatan kualitas fasilitas, sarana, dan prasarana kesehatan.

Tabel 1.3
Kepesertaan dan Iuran BPJS-Kesehatan

Peserta	Bentuk Iuran	Besaran Iuran	Keterangan
PBI	Nilai nominal (per jiwa)	Rp19.255,00 (dibayar oleh pemerintah)	Rawat Inap Kelas III
PNS/TNI/ POLRI/ Pensiun	5% (per keluarga)	2% dari pekerja 3% dari pemberi kerja	Rapat Inap Kelas I, Kelas II
Pekerja penerima upah selain PNS dll	4,5% (per keluarga) dan 5% (per keluarga)	s.d. 30 Juni 2015: 0,5% dari pekerja 4% dari pemberi kerja Mulai 1 Juli 2015: 1% dari pekerja 4% dari pemberi kerja	Rapat Inap Kelas I, Kelas II
Pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja	Nilai nominal (per jiwa)	1. Rp25.500,00 2. Rp42.500,00 3. Rp59.500,00	1. Rawat Inap Kelas III 2. Rawat Inap Kelas II 3. Rapat Inap Kelas I

Sumber: TNP2K, 2015.

Untuk melihat apakah Program JKN telah memberikan manfaat bagi masyarakat, juga dapat dilihat dari beberapa kasus yang mengemuka yang dapat menggambarkan kesan masyarakat terhadap Program JKN. Jika dilihat dari sisi penyelenggara, dalam hal ini BPJS akan banyak kesan positif yang disampaikan daripada kisah kendala atau kegagalannya. Sedangkan jika dilihat dari sudut pandang masyarakat, akan banyak terlihat kelemahan-kelemahan dan kendala-kendala dalam implementasi Program JKN. Tabel 1.4 memperlihatkan beberapa contoh kasus yang mengesankan tentang sejauh mana manfaat Program JKN bagi masyarakat selama ini.

Tabel 1.4
Pemanfaatan Program Jaminan Kesehatan Nasional

No.	Manfaat Program JKN bagi Masyarakat
1.	<p>Manager Informasi dan Kerja Sama RSI Jemursari Surabaya: Sejak rumah sakit ini menjadi <i>provider</i> BPJS Kesehatan mulai 1 Januari 2014, penderita gagal ginjal yang melakukan hemodialisa memang terus meningkat. Bila di bulan Januari 2014 hanya 104 pasien saja, jumlahnya kini mencapai 213 pasien pada Februari 2014, dan 267 pasien selama Maret 2014. Karena pasien terus meningkat, RS berencana menambah mesin HD (hemodialisa) yang tadinya 8 mesin menjadi 16.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: Faskes BPJS Kesehatan, 2015.</p>
2.	<p>Kepala BPJS Kesehatan Cabang Utama Surabaya: Untuk melayani peserta BPJS Kesehatan di Surabaya, Sidoarjo dan Gresik, BPJS Kesehatan Cabang Utama Surabaya saat ini telah bekerja sama dengan 120 puskesmas dan 297 fasilitas kesehatan (faskes) primer lain. Kerja sama juga dilakukan dengan 44 faskes tingkat lanjutan yang terdiri dari 9 rumah sakit (RS) pemerintah, 25 RS swasta, 7 RS TNI, 2 RS Polri, dan 1 klinik utama. Hingga 31 Maret 2014, jumlah peserta BPJS Kesehatan di Surabaya, Sidoarjo dan Gresik terus meningkat dan sudah mencapai 2.482.610.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: Faskes BPJS Kesehatan, 2015.</p>
3.	<p>Survei Darki PKEKK FKM UI: Sebagian pengguna kartu BPJS belum puas dengan pelayanan. Ada penilaian, layanan RS ketika masih dikelola Askes dinilai lebih baik dibandingkan ketika dikelola BPJS.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: IDI Online, 2015.</p>
4.	<p>Ketidakpuasan peserta terhadap layanan dokter dan RS tidak lepas dari rendahnya sebagian bayaran kapitasi dan CBG ke RS yang ditetapkan oleh Kemenkes.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: IDI Online, 2015.</p>
5.	<p>Menurut Survei Ipsos Indonesia dalam studi yang melibatkan 1.000 responden seluruh Indonesia: Sebanyak 24 persen mengaku tidak mengetahui adanya Program JKN. Tidak lebih dari 27 persen responden tidak merasakan manfaat JKN karena belum mendaftar menjadi peserta JKN. Sebanyak 41 persen responden merasakan manfaat Program JKN.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: Tribun News, 2015.</p>

Dari hal-hal sebagaimana diuraikan di Tabel 1.4 dapat dipahami bahwa Program JKN belum sepenuhnya dapat dimanfaatkan oleh masyarakat. Masih banyak hal yang menjadi masalah dalam pelayanan kesehatan melalui Program JKN, sehingga perlu dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan Program JKN dalam rangka memberikan manfaat yang maksimal bagi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Jika dilihat dari konsep Miller yang dikutip Nugroho, maka Program JKN merupakan bagian dari asuransi sosial yang dimaksudkan untuk melindungi masyarakat dari berbagai musibah dan masalah kesehatan. Sedangkan jika dilihat dari konsep Thabrany, maka Program JKN memberikan pelayanan dasar bidang kesehatan, di mana masyarakat berhak mendapatkan layanan berdasarkan kebutuhan dasar kesehatan sesuai indikasi medis dan tidak bisa dikurangi. Dalam hal ini Program JKN yang merupakan asuransi sosial di bidang kesehatan akan menyediakan manfaat (*benefit*) kesehatan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang obyektif yang sering disebut sesuai indikasi medis.

V. KENDALA PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN

Selama sekitar 1,5 tahun sejak Program JKN dimulai, masih banyak hal yang menjadi kendala seperti kapasitas dan kapabilitas sumber daya manusia yang menangani pelayanan kesehatan, kualitas sarana dan prasarana yang belum memadai untuk pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, sistem klaim anggaran yang masih merepotkan, sistem pelayanan yang belum portabel, dan lain-lain.

Sejak diimplementasikan pada tanggal 1 Januari 2014, Program JKN masih mengalami berbagai masalah dan kendala, sehingga muncul komplain dari berbagai pihak yang terkait. Masih banyak keluhan dan kritik masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh berbagai fasilitas layanan kesehatan (RS dan puskesmas), di mana banyak pelayanan yang dianggap kurang profesional seperti lamanya antrean, prosedur yang berbelit-belit, tenaga kesehatan yang kurang, dan sebagainya. Namun uniknya, bukan saja masyarakat yang mengeluhkan pelaksanaan Program JKN, melainkan juga kalangan petugas

kesehatan seperti dokter dan paramedis. Tabel 1.5 menyajikan beberapa contoh permasalahan yang muncul dan menjadi kendala dalam implementasi Program JKN.

Tabel 1.5
Permasalahan Program Jaminan Kesehatan Nasional

No.	Manfaat Program JKN bagi Masyarakat
1.	<p>Peraturan BPJS Kesehatan No. 4 Tahun 2014 dinilai merugikan, di mana dalam regulasi itu peserta mandiri yang ingin mendaftar harus punya rekening bank. Setelah membayar iuran pertama, peserta baru dapat menggunakan kartunya tujuh hari kemudian. Jika peserta melahirkan, bayinya tidak dijamin karena tidak otomatis menjadi peserta BPJS Kesehatan. Padahal sebelum Peraturan itu terbit, Kartu BPJS Kesehatan yang diterima peserta dapat langsung digunakan. Bahkan berlaku sekalipun peserta sudah masuk RS.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: IDI Online, 2015.</p>
2.	<p>Masalah transparansi dalam mengelola administrasi peserta yang dinilai masih amburadul sehingga melahirkan praktik percaloan.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: IDI Online, 2015.</p>
3.	<p>Secara umum kinerja JKN sejalan dengan konsep dasar. Namun para pelaku (Kemenkes, DJSN, OJK, dan sebagainya) serta fasilitas kesehatan masih sangat kurang.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: IDI Online, 2015.</p>
4.	<p>Pelaksanaan Program JKN tidak hanya dikeluhkan oleh para peserta, namun juga oleh <i>provider</i>. Dalam hal ini RS mengeluhkan tarif CBG (<i>Case Base Group</i>) yang sebagian tidak memenuhi nilai keekonomian. Bagi RS swasta yang memang harus mencari keuntungan, beberapa tarif CBG yang terlalu rendah bisa memunculkan praktik-praktik kecurangan dalam pelayanan, mulai dari mengubah diagnosis, hingga pilih-pilih kasus yang tarifnya dinilai menguntungkan.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: IDI Online, 2015.</p>
5.	<p>Kecenderungan untuk merujuk kasus-kasus yang tarif CBG-nya dinilai kurang menguntungkan bagi RS akhirnya memunculkan masalah lain. RS yang menjadi rujukan akhir akan kebanjiran pasien, sehingga pelayanan terhambat misalnya operasi tertunda karena harus mengantre.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: IDI Online, 2015.</p>

No.	Manfaat Program JKN bagi Masyarakat
6.	<p>Sebagian tarif CBG yang kurang sesuai nilai keekonomian juga berpengaruh terhadap kepuasan peserta Program JKN. Menurut <i>Center for Health Economics and Policy Studies</i> (CHEPS (FKM-UI)), ada 54 persen peserta Program JKN yang terpuaskan oleh layanan RS <i>provider</i> Program JKN.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: IDI Online, 2015.</p>
7.	<p>Faktor utama yang menyebabkan hambatan cukup signifikan dalam implementasi JKN adalah <i>undersupply</i> dari segi fasilitas kesehatan. Saat ini terdapat total 22.739 fasilitas kesehatan yang melayani pasien JKN namun masih banyak fasilitas kesehatan, terutama dari sektor swasta, yang enggan bergabung karena rendahnya tarif <i>reimbursement</i> dalam mekanisme CBG. Iuran pelayanan Kelas III sebesar Rp25.000,00 per bulan, Kelas II sebesar Rp42.000,00 dan Kelas I sebesar Rp59.000,00 dinilai tidak ideal untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang layak.</p> <p style="text-align: right;">Sumber: Tribun News, 2015.</p>

Dari pengamatan penulis di lapangan juga ditemukan berbagai permasalahan terkait Program JKN. Jika masyarakat sebagai peserta Program JKN mengeluhkan kualitas layanan kesehatan, maka dokter dan paramedis juga mengeluhkan sistem dan prosedur layanan serta penghargaan atas jasa mereka. Dari wawancara diketahui bahwa beberapa dokter dan paramedis mengemukakan adanya beberapa permasalahan terkait sistem CBG di RS dan sistem kapitasi di puskesmas.¹⁸

Kalangan dokter menilai sistem CBG yang digunakan di RS telah menimbulkan banyak masalah di antaranya adanya sejumlah penyakit yang tidak dapat diklaim sehingga menimbulkan keraguan untuk melakukan tindakan terhadap pasien, apalagi jika biaya yang dibutuhkan termasuk mahal. Selain itu, sistem CBG juga dinilai kurang memerhatikan perspektif yang luas dari penyakit dan cara pengobatan, sehingga tidak memperhitungkan kemungkinan diagnosa yang mengarah pada penyakit tertentu (yang mungkin langka), padahal penyakit tersebut sangat kritis dan membutuhkan tindakan cepat untuk menolong pasien.

¹⁸ Penelitian Tim Kesejahteraan Sosial P3DI Setjen DPR RI tentang Evaluasi Program JKN di Kota Kupang, Provinsi NTT pada tanggal 4–10 Mei dan di Kota Pekanbaru, Provinsi Riau pada tanggal 25–31 Mei 2015.

Masalah lain dari CBG adalah rendahnya pembayaran untuk pengobatan beberapa jenis penyakit, sehingga membuka peluang terjadinya *moral hazard* pihak RS untuk melakukan pengabaian. Untuk semua hal itu, sebenarnya bukan saja dokter dan para medis yang terkendala dalam kerjanya, namun juga masyarakat atau pasien peserta Program JKN yang akan menjadi korban.

Sistem kapitasi yang diterapkan di puskesmas juga telah menimbulkan konflik antara dokter dan paramedis, di mana dokter umum dan dokter gigi mendapatkan perlakuan yang diskriminatif. Dokter umum mendapatkan uang jasa yang lebih besar untuk setiap pasien, sedangkan dokter gigi mendapatkan uang jasa yang lebih rendah. Hal ini sangat tidak adil, terlebih dalam satu jam dokter umum dapat mendiagnosa dan/atau mengobati mungkin enam pasien, sedangkan dokter gigi dalam satu jam mungkin hanya berhasil mendiagnosa dan mengobati seorang pasien.

Demikian juga yang terjadi pada paramedis, mereka mempersoalkan pembagian uang kapitasi yang ketentuannya dinilai tidak adil karena didasarkan pada pendidikan semata. Akibat kapitasi, bidan atau perawat berusia muda yang berpendidikan sarjana mendapatkan uang kapitasi yang lebih tinggi daripada bidan atau perawat senior yang telah bekerja hampir 30 tahun.¹⁹

Masalah lain yang juga menjadi kendala dalam Program JKN adalah masalah obat, di mana pemerintah mewajibkan pembelian obat dengan menggunakan sistem e-katalog (katalog elektronik). Namun sayang, sistem tersebut belum sempurna dan bahkan sebenarnya tidak cocok untuk diterapkan di beberapa wilayah Indonesia dengan karakteristik tertentu (geografi yang sulit).

Berdasarkan wawancara Penelitian Tim Kesejahteraan P3DI tentang Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh pada tanggal 4–10 Mei 2014 dan di Kota Jayapura, Provinsi Papua pada tanggal 18–24 Mei 2014, diketahui sejumlah permasalahan terkait pengadaan obat dalam Program JKN.

¹⁹ Penelitian Tim Kesejahteraan Sosial P3DI Setjen DPR RI tentang Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh pada tanggal 4–10 Mei dan di Kota Jayapura, Provinsi Papua pada tanggal 18–24 Mei 2014.

Permasalahan yang banyak terjadi terkait pengadaan obat selama ini adalah kesulitan akses terhadap e-katalog dikarenakan sistem yang belum sempurna. Pemesanan obat yang harus dilakukan secara *online* sering kali terkendala oleh gangguan listrik yang mengakibatkan transaksi pemesanan sering kali mengalami kegagalan. Selain itu juga masalah ketersediaan obat Formulasi Nasional (selanjutnya disingkat obat Fornas) yang belum baik, di mana sejumlah obat yang dipesan tidak ada barangnya karena pasokan yang terlambat. Hal ini tentu sangat kontradiktif dengan semangat Program JKN yang ingin memberikan layanan kesehatan yang baik untuk kesejahteraan masyarakat.²⁰

Uraian di atas menunjukkan bahwa Program JKN memang telah dilaksanakan, namun masih banyak kendala di sana-sini, masih banyak permasalahan yang harus dihadapi oleh para petugas kesehatan dan masih banyak hambatan yang dialami masyarakat peserta Program JKN dalam memanfaatkan layanan kesehatan.

Jika dipandang dari sisi kebaruan program, mungkin dapat dipahami adanya berbagai masalah dan kendala tersebut, namun yang perlu diingat adalah bahwa ini program nasional yang terkait dengan perlindungan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Perlindungan sosial di sisi lain dapat dipandang sebagai dasar dari pembangunan nasional, dengan pemikiran bahwa jika Program JKN berhasil dilakukan maka akan semakin banyak masyarakat Indonesia yang sehat dan produktif.

Berbagai masalah dan kendala yang terjadi dalam penyelenggaraan Program JKN tersebut perlu diperhatikan untuk dicari solusinya, agar ke depan Program JKN semakin efektif dan efisien. Perlu diingat bahwa Program JKN merupakan program yang sangat penting, karena program ini merupakan bagian dari upaya perlindungan atau jaminan sosial yang diberikan oleh negara untuk rakyat Indonesia, dalam rangka menciptakan masyarakat yang sehat, produktif, dan akhirnya sejahtera.

Selain itu, tidak dapat dipungkiri bahwa Program JKN merupakan realisasi dari kesungguhan negara dalam upaya mencapai tujuan bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam konstitusi, yaitu memajukan kesejahteraan umum bagi rakyat Indonesia.

²⁰ *Ibid.*

VI. STRATEGI KE DEPAN

Mengingat berbagai permasalahan sebagaimana dikemukakan di atas, maka diperlukan strategi dalam implementasi Program JKN pada masa mendatang. Strategi ini sangat penting untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang pada akhirnya diharapkan berdampak positif bagi kesejahteraan rakyat Indonesia.

Berdasarkan berbagai permasalahan dan kendala yang muncul dalam implementasi Program JKN selama ini, maka perlu dilakukan evaluasi dan disusun strategi untuk menyelenggarakan Program JKN secara lebih baik pada masa mendatang. Pihak penyelenggara, dalam hal ini BPJS harus bersedia menerima semua kritik terkait penyelenggaraan Program JKN dan tentu saja kemudian melakukan introspeksi kelembagaan serta melakukan evaluasi yang relevan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat ke depan.

Terkait dengan evaluasi Program JKN, Ketua Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI), Widjajarta mengemukakan bahwa pemerintah harus secepatnya mengevaluasi pelaksanaan BPJS Kesehatan. Menurutnya, survei di 22 provinsi menemukan banyak masalah terkait penyelenggaraan Program JKN. Pemerintah harus menyempurnakan sistem BPJS secara menyeluruh agar efektif dan efisien, bukan bersifat tamal sulam.

YPPK menemukan beberapa persoalan krusial terkait Program JKN, yaitu:

1. Antrean pendaftaran calon peserta BPJS dan banyak masyarakat yang belum tahu serta sadar untuk mendaftar.
2. Banyak calo yang memperjualbelikan kartu BPJS Kesehatan untuk golongan penerima bantuan iuran (PBI) alias penduduk miskin.
3. Masih banyak warga tidak mampu yang belum terkover PBI.
4. Sistem pembayaran dengan mekanisme CBG yang ditetapkan berdasarkan paket tertentu, ternyata harganya terlalu rendah bagi RS swasta.

Strategi ke depan untuk implementasi Program JKN yang lebih baik perlu melihat dengan cermat permasalahan yang sesungguhnya dihadapi para petugas di lapangan, agar kesalahan atau kelemahan-kelemahan yang terjadi pada masa lalu tidak terulang kembali di masa depan.

Berdasarkan permasalahan dan kendala sebagaimana diuraikan di atas, berikut dikemukakan beberapa saran untuk evaluasi Program JKN, yaitu sebagai berikut:

1. Melakukan evaluasi terhadap semua peraturan yang merugikan masyarakat, tidak efektif, dan tidak efisien bagi penyelenggaraan Program JKN.
2. Melakukan evaluasi terhadap masalah transparansi kinerja Program JKN (BPJS, RS, puskesmas, dan instansi lain yang terkait), agar tidak terulang kembali masalah percaloan atau *moral hazard* lainnya yang akan merugikan bukan saja peserta Program JKN, namun juga pihak lain seperti BPJS, RS, puskesmas dan pemangku kepentingan lainnya.
3. Melakukan evaluasi terhadap sistem CBG agar menjadi efektif dan efisien serta lebih menghargai jasa dokter dan paramedis. Selain itu, evaluasi sistem CBG juga dimaksudkan untuk menghindari *moral hazard* lebih jauh terkait penanganan pasien RS peserta Program JKN.
4. Melakukan evaluasi terhadap kualitas dan kuantitas fasilitas, sarana dan prasarana kesehatan, untuk mengatasi masalah berlimpahnya pasien peserta Program JKN serta membangun sistem antrean yang manusiawi dan kondusif bagi orang sakit.
5. Melakukan evaluasi terhadap kualitas dan kuantitas sumber daya manusia yang melakukan tugas dalam Program JKN, untuk mengantisipasi meningkatnya jumlah masyarakat yang memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan melalui Program JKN.
6. Melakukan evaluasi terhadap RS-RS swasta yang belum bergabung dengan BPJS, perlu ditekankan bahwa Program JKN adalah program nasional yang harus dipatuhi oleh semua RS di Indonesia.

Setelah melakukan evaluasi tersebut, maka dapat disusun sebuah strategi yang dapat diterapkan untuk implementasi Program JKN yang lebih baik pada masa mendatang. Dengan strategi yang lebih baik tersebut, diharapkan Program JKN akan bermanfaat bagi seluruh rakyat Indonesia, dengan kata lain, dampak sosial yang diharapkan dari Program JKN dapat menjadi nyata. Diharapkan Program JKN akan mengantarkan rakyat Indonesia menuju rakyat yang sehat, produktif, dan sejahtera.

VII. PENUTUP

Berdasarkan serangkaian uraian di atas dapat ditarik beberapa kesimpulan dan rekomendasi, dengan melihat bahwa Program JKN merupakan program nasional, yaitu program perlindungan atau jaminan sosial yang dirancang oleh negara untuk kesejahteraan seluruh rakyat Indonesia. Dampak sosial yang diharapkan dari Program JKN adalah terciptanya rakyat Indonesia yang sehat, produktif, dan sejahtera. Dengan adanya Program JKN, diharapkan masalah kesehatan dapat diatasi sehingga rakyat Indonesia dapat hidup secara sehat, dapat produktif bagi pembangunan nasional, dan pada akhirnya merasakan kesejahteraan sebagai warga negara.

Program JKN telah mulai dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014 dan berlangsung hingga sekarang. Pemerintah telah mempersiapkan berbagai aturan dan mekanisme untuk melakukan pelayanan kesehatan bagi masyarakat peserta Program JKN, namun hingga kini masih muncul berbagai kritik yang mengesankan ketidakpuasan masyarakat. Pelaksanaan Program JKN selama ini belum mampu mencakup pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, dan belum mampu memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal sebagaimana diharapkan.

Belum sepenuhnya rakyat Indonesia dapat merasakan manfaat dari Program JKN. Sebagian masyarakat memang telah merasakan manfaat dari Program JKN, namun sebagian lainnya belum dapat merasakan manfaat dari program tersebut. Ada yang belum merasakan manfaat Program JKN karena ketidaktahuannya dan ada yang belum merasakan manfaat karena alasan lainnya (belum mendaftarkan diri, tempat tinggal yang jauh dari fasilitas kesehatan, dan sebagainya).

Masih banyak permasalahan yang menjadi kendala dalam implementasi Program JKN yaitu: masalah peraturan-peraturan pelaksanaan yang merugikan masyarakat peserta JKN; masalah transparansi pengelolaan Program JKN; masalah sistem CBG yang merepotkan dan membuat keraguan dalam bertindak di kalangan dokter dan paramedis; masalah ketersediaan dan kualitas fasilitas kesehatan, sarana serta prasarananya; dan masalah sumber daya manusia yang belum memadai dari sisi kualitas dan kuantitas.

Dibutuhkan strategi yang lebih baik untuk implementasi Program JKN ke depan, agar Program JKN dapat bermanfaat lebih besar bagi seluruh rakyat Indonesia. Ada beberapa hal yang perlu dievaluasi untuk menyusun strategi tersebut, yaitu evaluasi terhadap aturan-aturan yang merugikan masyarakat dan aturan-aturan yang tidak efektif serta tidak efisien. Evaluasi juga perlu dilakukan terhadap masalah transparansi kinerja Program JKN, agar tidak terjadi *moral hazard* dari pihak-pihak yang tidak bertanggung jawab terhadap kelemahan-kelemahan Program JKN. Evaluasi terhadap sistem CBG perlu dilakukan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik dan memberikan penghargaan atas jasa dokter dan paramedis yang lebih baik. Evaluasi juga perlu dilakukan terhadap kualitas dan kuantitas fasilitas, sarana dan prasarana kesehatan, agar di masa mendatang semakin banyak masyarakat yang dapat dilayani. Dan terakhir, perlu dilakukan evaluasi terhadap kualitas dan kuantitas sumber daya manusia yang berkecimpung dalam Program JKN, agar pada masa mendatang kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan semakin baik.

DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Dokumen

- Dean, Heartley. 2010. *Understanding Human Need (Understanding Welfare: Social Issues, Policy, and Practice)*. Portland: The Policy Press & The Social Policy Association.
- Friedlander, Walter A. dan Apte, Robert Z. 1980. *Introduction to Social Welfare, Fifth Edition*. New Jersey: Prentice Hall.
- Midgley, James. 1995. *Social Development: The Developmental Perspective in Social Welfare*. London: Sage Publications.
- Nugroho, Riant. 2012. *Social Policy for Developing Countries*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Pohan, Imbalo S. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar, Pengertian, dan Penerapan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Suharto, Edi. 2007. *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Sulastomo. 2008. *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Sebuah Introduksi*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Thabrany, Hasbullah. 2015. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2015. *Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: TNP2K.

Peraturan Perundang-Undangan

- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Website

Faskes BPJS Kesehatan, "Masyarakat Surabaya Makin Merasakan Manfaat BPJS Kesehatan", <http://faskes.bpjs-kesehatan.go.id/berita-157-masyarakat-surabaya-makin-merasakan-manfaat-bpjs-kesehatan.html>, diakses 16 September 2015.

Forest Trend, "Penilaian Dampak Sosial Secara Partisipatif untuk Proyek dan Program Sumber Daya Alam", http://www.forest-trends.org/documents/files/doc_3910.pdf, diakses 29 September 2015

Gatra, "Ipsos: Masyarakat Belum Paham Manfaat Program JKN", <http://www.gatra.com/lifehealth/sehat-1/136647-ipsos-masyarakat-belum-paham-manfaat-program-jkn%E2%80%8F.html>, diakses 30 September 2015.

Ikatan Dokter Indonesia. "Diskusi Publik: BPJS Evaluasi JKN 2014 dan Antisipasi JKN 2015", [http://www.idionline.org/berita/diskusi-publik-bpjs-evaluasi-jkn-2014-dan-antisipasi-jkn-2015/Diskusi Publik: BPJS Evaluasi JKN 2014 dan Antisipasi JKN 2015](http://www.idionline.org/berita/diskusi-publik-bpjs-evaluasi-jkn-2014-dan-antisipasi-jkn-2015/Diskusi%20Publik%20BPJS%20Evaluasi%20JKN%202014%20dan%20Antisipasi%20JKN%202015), diakses 16 September 2015.

Jaminan Kesehatan Indonesia, "Program JKN Harus Segera Dievaluasi", <http://www.jamkesindonesia.com/home/cetak/331/Program%20JKN%20harus%20segera%20dievaluasi>, diakses 30 September 2015.

Jaminan Sosial Indonesia, "Program Jaminan Kesehatan", http://www.jamsosindonesia.com/sjsn/Program/program_jaminan_kesehatan, diakses 29 September 2015.

Tribun News, "Survei Ipsos: 24 Persen Masyarakat Tidak Tahu Program JKN", <http://www.tribunnews.com/nasional/2015/03/03/survei-ipsos-24-persen-masyarakat-tidak-tahu-program-jkn>, diakses 30 September 2015.

Wawancara

Wawancara Penelitian Tim Kesejahteraan Sosial P3DI Setjen DPR RI tentang Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh pada tanggal 4–10 Mei dan di Kota Jayapura, Provinsi Papua pada tanggal 18–24 Mei 2014.

Wawancara Penelitian Tim Kesejahteraan Sosial P3DI Setjen DPR RI tentang Evaluasi Program JKN di Kota Kupang, Provinsi NTT pada tanggal 4–10 Mei dan di Kota Pekanbaru, Provinsi Riau pada tanggal 25–31 Mei 2015.

TINJAUAN KEBIJAKAN PENGINTEGRASIAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KE DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

oleh: Rahmi Yuningsih

I. PENDAHULUAN

Sejak diundangkannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disingkat SJSN) pada 19 Oktober 2004, Indonesia memiliki sebuah landasan hukum yang lebih khusus dalam mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia sebagaimana cita-cita bangsa Indonesia sejak dahulu kala. Salah satu unsur kesejahteraan sosial adalah perihal kesehatan yang menjadi hak dasar seluruh manusia dan menjadi tanggung jawab pemerintah dalam mewujudkan hak tersebut melalui penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disingkat UU SJSN), kesehatan penduduk Indonesia dijamin dalam sebuah program Jaminan Kesehatan Nasional (selanjutnya disingkat JKN).

Program JKN mengandung konsep *Universal Health Coverage* (selanjutnya disingkat UHC) sebagaimana yang dicanangkan oleh WHO pada tahun 2005. UHC merupakan konsep pemenuhan hak kesehatan semua warga negara dalam suatu bangsa yang dilakukan dengan sistem pembiayaan kesehatan di mana semua warga negara dalam suatu bangsa memiliki akses pelayanan kesehatan tanpa membedakan jenis kelamin, ras, wilayah, umur, status kesehatan, tingkat sosial, ekonomi, termasuk tidak mengalami kesulitan ketika membayar biaya pelayanan kesehatan. Pembiayaan pelayanan kesehatan dalam konsep UHC dapat bersumber dari pajak, asuransi

kesehatan sosial atau campuran keduanya. Tujuan UHC adalah mengurangi ketergantungan pada pembayaran langsung oleh pasien yang dapat menyebabkan katastropik yang berujung pada kemiskinan masyarakat akibat besarnya biaya kesehatan.¹ Saat ini hubungan kesehatan dengan kemiskinan maupun sebaliknya semakin terlihat manakala masyarakat jatuh sakit. Kondisi sakit menghambat produktifitas seseorang dan membutuhkan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terlebih dengan tidak adanya jaminan kesehatan yang dapat menyebabkan kemiskinan. Sedangkan kemiskinan membuat seseorang semakin rentan terhadap penyakit. Dengan alasan itulah konsep UHC dibangun oleh WHO dengan mengharapkan komitmen dari semua negara WHO untuk mewujudkan UHC.

Dalam dokumen Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, didapatkan data bahwa secara nasional sebanyak 50,5 persen penduduk Indonesia belum memiliki jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan Askes/ASABRI dimiliki oleh sekitar 6 persen penduduk, jaminan kesehatan pada Jamsostek sebanyak 4,4 persen, asuransi kesehatan swasta dan tunjangan kesehatan perusahaan sebesar 1,7 persen, Jamkesmas 28,9 persen dan jaminan kesehatan daerah (selanjutnya disingkat Jamkesda) sebesar 9,6 persen.

Sementara pola pembiayaan pelayanan kesehatan baik dalam rawat jalan dan rawat inap masih didominasi oleh pembayaran sendiri atau *out of pocket* di mana pola pembiayaan tersebut rentan membuat masyarakat mengalami kesulitan ekonomi ketika membayar pelayanan kesehatan. Untuk rawat jalan, besaran pola pembiayaan secara *out of pocket* sebesar 67,9 persen, Jamkesmas (14,2 persen), Jamkesda (5,8 persen), asuransi swasta (0,7 persen), Askes/ASABRI (3,2 persen), Jamsostek (2,0 persen), tunjangan kesehatan perusahaan (1,8 persen), dan sumber lainnya (3,3 persen). Sedangkan untuk rawat inap, besaran pola pembiayaan secara *out of pocket* sebesar 53,5 persen, Jamkesmas (15,6 persen), Jamkesda (6,4 persen), Askes/ASABRI (5,4 persen), Jamsostek (3,5 persen), asuransi swasta (1,8 persen), tunjangan kesehatan

¹ Rahmi Yuningsih, "Analisis Pengadaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada Awal Jaminan Kesehatan Nasional" dalam Dumilah Ayuningtyas, *Jaminan Kesehatan Nasional & Transformasi Jaminan Sosial*, (Jakarta: P3DI Setjen DPR RI dan AZZA Grafika, 2014), hlm. 114.

perusahaan (4,0 persen), sumber lainnya (4,8 persen), dan lebih dari satu sumber pembiayaan (4,9 persen).²

Dari data tersebut dapat terlihat bahwa pola pembiayaan *out of pocket* masih mendominasi baik untuk pelayanan rawat jalan maupun rawat inap di mana hal tersebut belum sejalan dengan konsep UHC yang menekankan pola pembiayaan pada sistem pajak, sistem asuransi kesehatan atau campuran keduanya. Di Indonesia berdasarkan UU SJSN, diketahui bahwa pola pembiayaan yang dipakai dalam mencapai UHC adalah campuran kedua pola pembiayaan tersebut. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, iuran premi dibayarkan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah dengan sumber dana berasal dari APBN dan APBD. Sedangkan untuk masyarakat yang mampu membayar iuran sendiri dengan sistem asuransi kesehatan.

Tidak dapat dipungkiri bahwa dalam menerapkan konsep UHC di Indonesia terdapat wewenang daerah dalam urusan kesehatan di wilayahnya. Hal tersebut sesuai dengan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (selanjutnya disingkat UU Pemerintahan Daerah). Dalam UU Pemerintahan Daerah terdapat kewajiban daerah dalam menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan mengembangkan sistem jaminan sosial yang dijabarkan dalam bentuk rencana kerja pemerintahan daerah dan selanjutnya dijabarkan dalam bentuk pendapatan, belanja dan pembiayaan daerah yang dikelola dalam sistem pengelolaan keuangan daerah. Keterlibatan daerah dalam pengembangan jaminan sosial tersebut diperkuat melalui proses yudisial *review* UU SJSN di mana pengembangan sistem jaminan sosial di daerah untuk mewujudkan cakupan terlindunginya semua penduduk sebagai suatu pelaksanaan kewajiban konstitusional.³ Oleh karena itu, salah satu jaminan sosial yang diselenggarakan oleh pemerintahan daerah adalah Jamkesda. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/menkes/095/I/2010 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Pasal 17 menyebutkan

² Kementerian Kesehatan, *Riset Kesehatan Daerah (Riskesdas) 2013* (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2013), hlm. xii-xiii.

³ Supriyanto, "Formulasi Kebijakan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke Sistem Jaminan Kesehatan Nasional menuju *Universal Health Coverage*", Ringkasan Disertasi, Yogyakarta, Universitas Gadjah Mada, 2014.

bahwa penyelenggaraan jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional, provinsi dan kabupaten/kota.

Pencapaian kepesertaan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk dilaksanakan secara bertahap dan terintegrasi dengan melibatkan peran pemerintah provinsi dan kabupaten/kota. Gubernur dan bupati/walikota mengintegrasikan kebijakan jaminan kesehatan dalam perencanaan pembangunan daerah. Melalui peran pemerintah daerah tersebut, pada saatnya penyelenggaraan jaminan kesehatan akan dilaksanakan terintegrasi secara nasional. Dalam dokumen Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional tertera target pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN selesai pada akhir tahun 2016 sehingga diharapkan pada tahun 2019 semua penduduk Indonesia telah tercakup dalam Program JKN.

Proses pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN menuntut adanya komitmen pemerintah daerah maupun anggota DPRD dalam mendukung kebijakan dan anggaran yang searah dengan JKN. Di satu pihak, proses pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN mengalami hambatan misalnya adanya peran daerah dalam konsep desentralisasi tidak dapat diabaikan. Dengan penyatuan jaminan kesehatan secara sentralistik, pemerintah daerah juga berperan dalam hal penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan yang layak dan mencukupi untuk masyarakat di wilayahnya.

Yang menjadi permasalahan dalam tulisan ini adalah bagaimana perjalanan jaminan kesehatan di Indonesia dalam mencapai UHC? Bagaimana kebijakan dan pelaksanaan Jamkesda di Kota Kupang dan Kota Pekanbaru? Bagaimana kebijakan pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN dan pelaksanaannya di Kota Kupang dan Kota Pekanbaru? Apa saja hambatan yang terjadi pada saat proses pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN?

Oleh karena itu, tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN. Lebih khusus tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui perjalanan jaminan kesehatan di Indonesia dalam mencapai UHC, kebijakan Jamkesda dan pelaksanaannya di Kota Kupang dan Kota Pekanbaru, kebijakan pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN dan pelaksanaannya di Kota Kupang dan Kota Pekanbaru, dan beberapa

hambatan yang terjadi pada saat proses pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN. Data dalam tulisan ini merupakan hasil wawancara mendalam dengan berbagai pemangku kepentingan dalam penelitian kelompok Tim Kesejahteraan Sosial Sekretariat Jenderal DPR RI yang dilakukan pada bulan Mei 2015 di Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Kota Pekanbaru, Provinsi Riau.

II. PERJALANAN JAMINAN KESEHATAN DI INDONESIA

Pada tahun 2005 negara-negara anggota WHO berkomitmen untuk mengembangkan sebuah sistem pembiayaan kesehatan sehingga semua orang memiliki akses terhadap semua pelayanan kesehatan namun tanpa mengalami kesulitan keuangan ketika membayar pelayanan kesehatan melalui strategi UHC atau cakupan jaminan kesehatan semesta. UHC didefinisikan sebagai penyediaan pelayanan kesehatan untuk semua individu tanpa membedakan jenis kelamin, ras, wilayah, umur, status kesehatan, tingkat sosial dan ekonomi.

Tujuan cakupan jaminan kesehatan semesta adalah menjamin semua masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan keuangan pada saat membayar pelayanan kesehatan. UHC disusun berdasarkan konstitusi WHO 1948 yang menyatakan kesehatan sebagai hak asasi manusia dan kesehatan untuk semua yang disusun oleh deklarasi Alma-Ata tahun 1978. UHC diusung menjadi strategi untuk mewujudkan cita-cita konstitusi WHO dan Alma-Ata dikarenakan UHC memiliki dampak langsung pada kesehatan sebuah populasi. Akses terhadap pelayanan kesehatan memungkinkan masyarakat untuk lebih produktif dan berkontribusi aktif pada keluarga dan komunitas. Termasuk di antaranya menjamin anak-anak dapat tumbuh dengan baik dan dapat menikmati pendidikan di sekolah.

Di lain pihak, UHC memungkinkan perlindungan dari risiko keuangan dari pembayaran pelayanan kesehatan dari kantong sendiri yang dapat menjadikan katastrofik. Sehingga UHC merupakan komponen kritis dalam perkembangan yang berkelanjutan dan pengentasan kemiskinan serta menjadi elemen kunci dari segala upaya menghilangkan ketidakadilan sosial.

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan dalam menerapkan cakupan jaminan kesehatan semesta pada suatu negara antara lain:

1. Mempunyai sistem kesehatan yang dikelola dengan baik, efisien dan kuat yang menyatukan prioritas kesehatan dengan pelayanan kesehatan yang terintegrasi (seperti pelayanan HIV, TB, malaria, penyakit tidak menular, kesehatan ibu dan bayi) dengan upaya memberikan informasi dan mendorong masyarakat untuk tetap sehat dan mencegah penyakit, mendeteksi dini kondisi kesehatan, memiliki kemampuan untuk mengobati penyakit dan membantu pasien dengan pelayanan rehabilitasi.
2. Mempunyai sebuah sistem untuk membiayai pelayanan kesehatan sehingga masyarakat tidak mengalami kesulitan keuangan dan dapat menjangkau pelayanan kesehatan apabila menggunakan sistem tersebut.
3. Mempunyai akses terhadap obat-obatan yang esensial dan teknologi untuk mendiagnosa dan mengobati masalah medis.
4. Mempunyai petugas kesehatan dengan kapasitas yang cukup terlatih dan yang mempunyai motivasi untuk memberikan layanan untuk memenuhi kebutuhan pasien berdasarkan *evidence based*.

Cakupan jaminan kesehatan semesta mengandung tiga elemen yaitu bagaimana pembiayaan sistem kesehatan; bagaimana dapat melindungi masyarakat dari konsekuensi sakit dan konsekuensi keuangan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan; dan bagaimana mengoptimalkan sumber daya yang ada. Untuk memastikan penerapan cakupan jaminan kesehatan semesta di negara-negara yang belum melakukannya, maka diperlukan upaya untuk meningkatkan sistem pembayaran pra-upaya (*prepaid system*) dan mengurangi ketergantungan pada pembayaran pelayanan kesehatan secara langsung (*direct payment, out of pocket* dan *fee for service*). Hal ini dapat dilakukan dengan mengembangkan lebih luas dan merata sistem berbasis pajak (*taxed-based system*), sistem asuransi kesehatan sosial (*Social Health Insurance*) atau campuran dari keduanya.⁴

⁴ WHO, *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System* (Jenewa: WHO, 2005).

Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia sangat lambat dibandingkan dengan perkembangan asuransi kesehatan di beberapa negara tetangga di ASEAN. Penelitian yang seksama tentang faktor yang memengaruhi perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia tidak cukup tersedia. Secara teoritis beberapa faktor penting dapat dikemukakan sebagai penyebab lambatnya pertumbuhan asuransi kesehatan di Indonesia, di antaranya permintaan dan pendapatan penduduk yang rendah, kurangnya kemauan pemerintah, budaya asuransi yang belum baik, dan buruknya kualitas pelayanan kesehatan serta tidak adanya kepastian hukum di Indonesia.

Penduduk Indonesia pada umumnya merupakan *risk taker* untuk kesehatan dan kematian. Sakit dan mati dalam kehidupan masyarakat Indonesia yang religius merupakan takdir Tuhan dan karenanya banyak anggapan yang tumbuh di kalangan masyarakat Indonesia bahwa membeli asuransi sama dengan menentang takdir. Hal ini menyebabkan rendahnya kesadaran penduduk untuk membeli atau mempunyai asuransi kesehatan.

Selanjutnya, keadaan ekonomi penduduk Indonesia dengan pendapatan per kapita yang rendah, tidak memungkinkan menyisihkan dana untuk membeli asuransi kesehatan. Rendahnya permintaan dan daya beli mengakibatkan tidak banyak perusahaan asuransi yang menawarkan produk asuransi kesehatan. Selain itu, fasilitas kesehatan sebagai faktor yang sangat penting untuk mendukung terlaksananya asuransi kesehatan juga tidak berkembang secara baik dan distribusinya tidak merata. Sedangkan dari sisi regulasi, Pemerintah Indonesia relatif lebih lambat memperkenalkan konsep asuransi kepada masyarakat.⁵

Perubahan UUD NRI 1945 yang kedua dan ketiga yaitu pada Pasal 28H ayat (1) mengamanatkan setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Dan Pasal 34 ayat (2) mempertegas bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.

⁵ Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional* (Jakarta: Rajawali Pers, 2014).

Pasal-pasal tersebut mendorong lahirnya UU SJSN yang didalamnya tertera jaminan kesehatan.

Berdasarkan konstitusi dan undang-undang tersebut, pemerintah sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, dimulai dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) atau yang lebih dikenal dengan program Askeskin tahun 2005–2007 yang kemudian berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak tahun 2008 hingga 2013. Semua jaminan tersebut memiliki tujuan yang sama yaitu melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial. Pelaksanaan program Jamkesmas tersebut merupakan upaya untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang merupakan masa transisi sampai dengan diserahkannya program jaminan kesehatan kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS).

Program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) pada masa pemerintahan Presiden Susilo Bambang Yudoyono pada tahun 2005 disebut sebagai langkah awal pelaksanaan UU SJSN. Askeskin dilaksanakan berdasarkan peraturan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT. Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin. Askeskin beroperasi dalam membiayai 36 juta masyarakat miskin dan tidak mampu melalui iuran yang dibayarkan oleh pemerintah kepada PT. Askes. Manfaat yang didapat berupa pelayanan kesehatan gratis di kelas III rumah sakit milik pemerintah pusat dan daerah.

Pada tahun 2008, program Askeskin berubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dikarenakan terdapat kendala dalam pelaksanaan Askeskin seperti PT. Askes (Persero) sebagai pengelola program sekaligus sebagai verifikator dan pembayar atas pelayanan kesehatan. Hal ini membuat pelaksanaan Askeskin kurang menjunjung prinsip transparansi dan akuntabilitas. Pada Jamkesmas terdapat pemisahan antara pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung kepada fasilitas kesehatan dari

kas negara, penempatan pelaksanaan verifikasi di setiap rumah sakit dan pembentukan tim pengelola dan tim koordinasi di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota serta penugasan PT. Askes (Persero) sebagai pengelola manajemen kepesertaan. Kata Askeskin diganti dengan Jamkesmas tanpa ada kata miskin di dalamnya, guna memberikan kesamaan pandangan mengenai pengelompokan masyarakat yang tersebar dalam kelompok sangat miskin, miskin dan mendekati miskin.⁶ Selain itu, perubahan yang mendasar terlihat pada penggunaan paket tarif di rumah sakit, penempatan pelaksana verifikasi di setiap rumah sakit dan dibentuknya tim pengelola dan tim koordinasi baik di tingkat pusat maupun daerah.

Jamkesmas adalah jaminan perlindungan untuk pelayanan kesehatan secara menyeluruh (komprehensif) mencakup pelayanan promotif, preventif serta kuratif dan rehabilitatif yang diberikan secara berjenjang bagi masyarakat atau peserta yang iurannya dibayar oleh pemerintah. Jamkesmas diselenggarakan dengan prinsip dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin; menyeluruh sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional; pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas; efisien, transparan dan akuntabel. Pada tahun 2012, terdapat penyempurnaan program Jamkesmas dari aspek kepesertaan. Aspek kepesertaan, data yang digunakan bersumber dari basis data terpadu Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) yang berlaku setelah peserta menerima kartu Jamkesmas yang baru. Sementara peserta nonkartu yang meliputi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, masyarakat miskin penghuni lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan serta masyarakat miskin akibat bencana pascatanggap darurat sampai dengan satu tahun setelah kejadian bencana, penderita talasemia mayor, penderita kejadian ikutan pascaimunisasi serta peserta program keluarga harapan yang tidak memiliki kartu Jamkesmas.⁷

⁶ Departemen Kesehatan, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)* (Jakarta: Departemen Kesehatan, 2008).

⁷ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Program Jamkesmas diperluas sasarannya bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas sampai 42 hari pascamelahirkan, bayi baru lahir hingga usia 28 hari termasuk pelayanan KB pascamelahirkan melalui Jaminan Persalinan (Jampersal) yang diluncurkan pada tahun 2011. Jampersal adalah jaminan pembiayaan pelayanan persalinan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pascapersalinan dan pelayanan bayi baru lahir yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Peserta Jampersal merupakan perluasan dari kepesertaan Jamkesmas dan tidak hanya mencakup masyarakat miskin saja.

Tujuan Jampersal adalah meningkatnya cakupan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan dan pelayanan nifas ibu oleh tenaga kesehatan yang kompeten; meningkatnya cakupan pelayanan bayi baru lahir, keluarga berencana pascapersalinan dan penanganan komplikasi ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir, oleh tenaga kesehatan yang kompeten; terselenggaranya pengelolaan keuangan yang efisien, efektif, transparan, dan akuntabel.

Adanya program Jampersal dikarenakan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) masih cukup tinggi. Tahun 2007 AKI sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup padahal target MDGs 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup. AKB tahun 2007 sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup padahal target MDGs 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup. AKI disebabkan oleh 90 persen pada saat persalinan dan pascapersalinan yaitu pendarahan (28 persen), eklamsia (24 persen), infeksi (11 persen), komplikasi puerperium (8 persen), partus macet (5 persen), abortus (5 persen), dan lainnya. Jampersal tidak hanya dilayani di fasilitas kesehatan milik pemerintah namun juga dapat dilayani di fasilitas kesehatan milik swasta seperti bidan praktik mandiri, klinik bersalin, dokter praktik yang telah melakukan kerja sama dengan dinas kesehatan selaku tim pengelola Jamkesmas.

Jampersal tidak hanya dilayani di fasilitas kesehatan tingkat pertama namun juga berlaku sistem rujukan pelayanan kesehatan.⁸

⁸ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2562/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.

Secara umum, program Jampersal turut menyediakan pelayanan kesehatan preventif dan promotif dalam mewujudkan program keluarga berencana. Sehingga masyarakat mendapat pengetahuan dalam mengantisipasi ledakan penduduk.

Pada Januari 2014, Program JKN resmi dilaksanakan di seluruh Indonesia. JKN berdasarkan UU SJSN dan UU BPJS diusung secara terintegrasi nantinya akan menyatukan jaminan yang ada baik yang diselenggarakan pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Termasuk jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh PT. Askes (Persero), Jamsostek, TNI, dan POLRI. Namun demikian, belum semua jaminan kesehatan terintegrasi dalam JKN. Sesuai dengan peta jalan JKN, ditargetkan tahun 2019 seluruh jaminan kesehatan tersebut terintegrasi ke dalam Program JKN.

III. JAMINAN KESEHATAN DAERAH

Berkembangnya jaminan sosial kesehatan dalam bentuk bantuan sosial ternyata juga diikuti oleh beberapa daerah dalam menjamin kesehatan masyarakatnya. Semangat ini mendorong munculnya skema Jamkesda. Skema Jamkesda memiliki perbedaan manajemen dan pengelolaannya di tiap-tiap daerah. Sejumlah daerah bekerja sama dengan PT. Askes (Persero) di mana PT. Askes (Persero) sebagai pelaksana dalam menyelenggarakan Jamkesda dengan skema PJKMU namun ada juga daerah yang menyelenggarakan sendiri jaminan kesehatannya.⁹ Seperti halnya Jamkesmas yang diselenggarakan oleh pemerintah pusat, daerah juga membuat Jamkesda baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/095/I/2010 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, disebutkan bahwa jaminan kesehatan adalah salah satu bentuk perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin agar memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak, bersifat pelayanan kesehatan menyeluruh (komprehensif) mencakup pelayanan promotif, preventif serta kuratif dan rehabilitatif

⁹ Ahmad Nizar Shihab, *BPJS: Jalan Panjang Mewujudkan Sistem Jaminan Sosial Nasional* (Depok: Cinta Indonesia, 2013), hlm. 27.

yang diberikan secara berjenjang dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan secara prapayaya, diselenggarakan dalam mekanisme asuransi sosial. Jaminan Kesehatan Provinsi adalah suatu penyelenggaraan jaminan kesehatan berskala provinsi yang pembiayaan, kepesertaan, pelayanan kesehatan, badan penyelenggara dan pengorganisasiannya ditetapkan oleh pemerintah provinsi. Sedangkan jaminan kesehatan kabupaten/kota adalah suatu penyelenggaraan jaminan kesehatan berskala kabupaten/kota yang pembiayaan, kepesertaan, pemeliharaan kesehatan, badan penyelenggara dan pengorganisasiannya ditetapkan oleh pemerintah kabupaten/kota.

Semangat *universal coverage* tercermin dalam UU SJSN walau ada pengujian materi UU tersebut di Mahkamah Konstitusi. Putusan Mahkamah Konstitusi dengan nomor 007/PUU-III/2005 menyebutkan bahwa tidak memungkinkan bagi pemerintah daerah untuk membentuk BPJS tingkat daerah. Padahal pada Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (UU Pemerintahan Daerah) justru diwajibkan untuk mengembangkan sistem jaminan sosial. Namun demikian, daerah tetap mempunyai peluang untuk mengembangkan sistem jaminan sosial seperti berpartisipasi dalam pembayaran iuran PBI, peningkatan fasilitas kesehatan, peningkatan SDM, dan lainnya. Hal ini didasari oleh UU Pemerintahan Daerah yang menyebutkan bahwa secara umum kesehatan juga merupakan wewenang pemerintah daerah.

Dalam tataran peraturan, penyelenggaraan Jamkesda merupakan amanat UU Pemerintahan Daerah, Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota, dan Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah. Jamkesda memberikan manfaat perawatan kelas III di rumah sakit publik. Untuk obat-obatan, Jamkesda umumnya menggunakan acuan formularium Jamkesmas yang umumnya hanya menggunakan obat generik.

Jamkesda merupakan salah satu upaya desentralisasi pembangunan kesehatan untuk mengoptimalkan pembangunan di bidang kesehatan dengan cara mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan adanya desentralisasi kesehatan

diharapkan program pembangunan kesehatan lebih efisien dan efektif untuk menjawab kebutuhan kesehatan masyarakat di masing-masing daerah. Desentralisasi pun dapat memperpendek rantai birokrasi. Selain itu, dapat memberikan wewenang kepada daerah untuk menentukan sendiri program serta pengalokasian dana pembangunan kesehatan di daerahnya. Keterlibatan masyarakat menjadi kebutuhan sistem untuk dapat lebih mengeksplorasi kebutuhan dan potensi lokal.¹⁰ Sehingga kesehatan bukan hanya menjadi tanggung jawab pemerintah pusat saja melainkan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah juga.

Terkait dengan UU Pemerintahan Daerah, pemerintah daerah memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Namun sebaiknya program jaminan kesehatan di daerah tidak dilaksanakan mengingat dengan berkembangnya teknologi informasi, kecenderungan penyelenggaraan program jaminan sosial di banyak negara adalah ke arah *single payer system* sehingga prinsip *the law of large numbers*, efisiensi dan akumulasi dana dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya. Sehingga prinsip penyelenggaraan jaminan sosial harus sentralistik dari aspek pengumpulan dana dan desentralistik dari aspek pemberian pelayanan kesehatan.¹¹ Pada kenyataannya, Jamkesda telah dilaksanakan di berbagai daerah di Indonesia sejak tahun 2008 dengan berbagai pola pembiayaan seperti di Provinsi Aceh semua penduduk dijamin kesehatannya melalui sistem asuransi kesehatan dengan menggunakan dana APBD¹² sementara di kebanyakan daerah lainnya menggunakan pola pembiayaan *fee for service* yang bersumber pada APBD hanya untuk masyarakat miskin dan tidak mampu.

Sebagai contoh pelaksanaan Jamkesda di Kota Kupang telah berjalan sejak tahun 2008. Hingga saat ini, Jamkesda masih berlaku di Kota Kupang dan tengah dalam proses pengintegrasian ke dalam

¹⁰ Sri Handayani, *Ilmu Politik dalam Kebijakan Kesehatan* (Yogyakarta: Penerbit Gosityen Publishing, 2011), hlm. 66.

¹¹ Ahmad Nizar Shihab, *BPJS: Jalan Panjang Mewujudkan Sistem Jaminan Sosial Nasional* (Depok: Cinta Indonesia, 2013), hlm. 69.

¹² Yulia Indahri, "Pembelajaran dari Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Aceh", dalam Dumilah Ayuningtyas, *Jaminan Kesehatan Nasional & Transformasi Jaminan Sosial* (Jakarta: P3DI Setjen DPR RI dan AZZA Grafika, 2014), hlm. 174.

Program JKN. Landasan hukum pelaksanaan Jamkesda di Kota Kupang tertera dalam peraturan terbaru yaitu Peraturan Walikota Kupang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Program Jamkesda Kota Kupang. Landasan dibuatnya peraturan tersebut adalah kesehatan merupakan hak asasi manusia dan berdasarkan UU Pemerintahan Daerah disebutkan bahwa penanganan bidang kesehatan merupakan urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah kota.

Guna memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap jaminan dan perlindungan kesehatan, Pemerintah Kota Kupang perlu memberikan kesempatan yang luas bagi warga masyarakat untuk memperoleh kualitas dan kepuasan pelayanan kesehatan berkaitan dengan jaminan pembiayaan dan pemeliharaan kesehatan demi perwujudan upaya pencapaian jaminan kesehatan semesta. Adapun peserta Jamkesda adalah setiap penduduk Kota Kupang yang tidak mempunyai asuransi kesehatan seperti JKN, ASABRI, Jamsostek dan lainnya. Jamkesda tersebut menanggung 217.360 jiwa orang miskin dan tidak mampu di Kota Kupang dengan anggaran sepenuhnya berasal dari APBD sekitar 8 hingga 11 miliar per tahun.

Jamkesda Kota Kupang diselenggarakan berdasarkan sistem rujukan. Pelayanan kesehatan dasar diberikan di puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, dan pos kesehatan desa di Kota Kupang sedangkan pelayanan kesehatan rujukan diberikan di rumah sakit milik Pemerintah Kota Kupang yaitu RSUD Kota Kupang dan RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang. Pelayanan kesehatan tersebut diberikan terbatas pada fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah Kota Kupang yang ada di wilayah Kota Kupang saja. Adapun jenis kamar perawatan yang ditanggung dalam rawat inap adalah kelas III. Di luar ketentuan tersebut, akan dikenakan selisih biaya yang ditanggung oleh peserta Jamkesda.

Untuk kasus-kasus tertentu yang membutuhkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang lebih tinggi, dibutuhkan surat keputusan walikota terlebih dahulu untuk penetapan daftar peserta penerima pelayanan kesehatan di rumah sakit rujukan provinsi atau nasional. Pola pembayaran pelayanan Jamkesda bersifat *fee for services*. Berbeda halnya dengan JKN yang menggunakan sistem kapitasi, nonkapitasi dan INA-CBGs.

Penyelenggaraan Jamkesda di puskesmas berdasarkan sistem klaim sesuai dengan Peraturan Daerah Kota Kupang Nomor 11 Tahun 2013 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan dan bagi pelayanan tingkat lanjutan menggunakan pola pembayaran INA-CBGs sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69/Menkes/IX/2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Adapun dana berasal dari APBD Kota Kupang.

Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin pada Jamkesda Kota Kupang antara lain pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan; bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika; *general check up*; prothesis gigi tiruan; pelayanan kacamata; *intra ocular lens*; pelayanan alat bantu dengar; pelayanan alat bantu gerak seperti tongkat penyangga, kursi roda dan korset; pelayanan penunjang diagnostik canggih; pengobatan alternatif seperti akupunktur tradisional dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah; rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi; dan pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat.

Selain Kota Kupang, contoh lain adalah pelaksanaan Jamkesda di Kota Pekanbaru. sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Walikota Pekanbaru Nomor 05 Tahun 2014 tentang Penyaluran Pengelolaan Dana dan Tarif Jasa Pelayanan Program Jamkesda pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Puskesmas dan Jaringannya di Kota Pekanbaru Tahun Anggaran 2014. Landasan dibuatnya peraturan tersebut adalah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan khususnya masyarakat sangat miskin, miskin dan hampir miskin di luar kuota Jamkesmas atau BPJS dan yang belum mempunyai jaminan kesehatan di Kota Pekanbaru.

Tujuan adanya program Jamkesda Kota Pekanbaru adalah agar peserta dan anggota keluarganya memperoleh manfaat jaminan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar di bidang kesehatan. Prinsip Jamkesda Kota Pekanbaru adalah kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, menyeluruh sesuai standar pelayanan kesehatan, terstruktur, berjenjang dan diutamakan ke UPTD puskesmas dan jaringannya sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar.

Kepesertaan Jamkesda Kota Pekanbaru adalah masyarakat sangat miskin, miskin dan hampir miskin di luar kuota Jamkesmas yang berdomisili di Kota Pekanbaru yang ditandai dengan kepemilikan KTP/KK dan masyarakat yang menderita penyakit kronis yang memerlukan biaya yang besar dalam perawatannya seperti jantung, ginjal dan kanker. Peserta diusulkan oleh RT, RW, kelurahan, kecamatan melalui puskesmas dan dikirim ke Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru.

Identitas kepesertaan Jamkesda dibuktikan dengan kepemilikan kartu Jamkesda. Kartu Jamkesda didistribusikan kepada masyarakat melalui puskesmas. Bagi bayi yang baru lahir dari keluarga peserta Jamkesda langsung menjadi peserta baru dan sebaliknya bagi peserta yang meninggal dunia langsung hilang kepesertaannya. Penduduk yang tidak lagi bertempat tinggal di Kota Pekanbaru maka dengan sendirinya kartu Jamkesda tidak berlaku. Bagi penduduk yang telah dikategorikan mampu atau meningkat status ekonomi, petugas kesehatan berhak mencabut kepesertaannya.

Pelayanan kesehatan diberikan secara berjenjang atau rujukan mulai dari pelayanan kesehatan dasar yang diberikan di tingkat puskesmas, puskesmas rawat inap, puskesmas pembantu dan puskesmas keliling hingga pelayanan kesehatan rujukan yang diberikan di rumah sakit yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru. Pelayanan yang tidak dijamin program Jamkesda antara lain pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan; pengobatan alternatif seperti akupunktur, pengobatan tradisional dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah; rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi; pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial; upaya bunuh diri; penderita atau masyarakat pengguna obat terlarang dan minuman keras; bahan atau alat dan tindakan yang bertujuan untuk bedah kosmetik, *general check up*, prothesis gigi tiruan, penunjang diagnostik canggih kecuali untuk kelangsungan hidup dan kontrasepsi. Pendanaan Jamkesda Kota Pekanbaru didapat melalui *sharing* dana dengan Pemerintah Provinsi Riau dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Dinas Kesehatan Provinsi Riau bertanggung jawab terhadap pembiayaan pelayanan kesehatan rujukan PPK II (RSUD Arifin Achmad) dan PPK III (rumah sakit yang bekerja sama dengan Tim Pengelolaan Jamkesda Provinsi Riau);
2. Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesda di puskesmas dan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru;
3. Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru memiliki alokasi anggaran yang tertuang dalam APBD Kota Pekanbaru Tahun 2014 untuk pelayanan kesehatan rujukan pada PPK I yaitu rumah sakit yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru;
4. Pendanaan untuk pelayanan kesehatan dibebankan pada Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja pada Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru Program Upaya Kesehatan Masyarakat Miskin di Puskesmas dan Jaringannya.

Berdasarkan Peraturan Walikota Pekanbaru Nomor 05 Tahun 2014 tentang Penyaluran Pengelolaan Dana dan Tarif Jasa Pelayanan Program Jamkesda pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Puskesmas dan Jaringannya di Kota Pekanbaru Tahun Anggaran 2014, pembayaran pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan sistem *fee for service* untuk setiap klaim. Klaim diajukan oleh puskesmas setelah dilakukan verifikasi oleh Tim Pengelola Jamkesda Kota Pekanbaru sedangkan klaim tagihan dari rumah sakit rujukan yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru berdasarkan paket INA-CBGs yang diverifikasi oleh verifikator independen. Pembayaran disalurkan dari rekening Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru ke rekening rumah sakit. Pengajuan klaim dilakukan setiap bulan dan akan dibayarkan paling lambat dua bulan setelah mendapat persetujuan dari Tim Pengelola Jamkesda Kota Pekanbaru.

IV. KEBIJAKAN PENGINTEGRASIAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KE DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang

Jaminan Kesehatan mengatur mengenai peran pemerintah daerah dalam Program JKN seperti mendaftarkan penduduknya yang dapat menjadi PBI, membayar iuran PBI dan sebagainya. Pasal 6A Peraturan Presiden tersebut menyebutkan bahwa penduduk yang belum termasuk sebagai peserta jaminan kesehatan dapat diikutsertakan dalam program jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan oleh pemerintah daerah provinsi atau pemerintah daerah kabupaten/kota. Pasal 16 ayat (1a) mengatur bahwa iuran jaminan kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan oleh pemerintah daerah dibayar oleh pemerintah daerah. Pada Pasal 16A disebutkan bahwa iuran jaminan kesehatan bagi peserta PBI jaminan kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh pemerintah daerah sebesar Rp19.225,00 per orang per bulan. Pemerintah daerah juga berperan dalam partisipasinya membayar iuran jaminan kesehatan bagi PNS daerah dan pegawai pemerintah nonpegawai negeri daerah yaitu sebesar tiga persen dari gaji atau upah per bulan. Di mana sisanya sebanyak dua persen dibayar oleh peserta JKN. Dalam hal mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan, peserta JKN yang didaftarkan oleh pemerintah daerah mendapatkan pelayanan kesehatan di kelas III rumah sakit.

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan disebutkan bahwa kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu ditetapkan oleh menteri sosial setelah berkoordinasi dengan menteri lain dan/atau pimpinan lembaga terkait. Kriteria tersebut menjadi dasar bagi lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik untuk melakukan pendataan. Hasil pendataan tersebut diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri Sosial untuk dijadikan data terpadu. Data yang telah diverifikasi dan divalidasi sebelum ditetapkan sebagai data terpadu oleh Menteri Sosial, dikoordinasikan terlebih dahulu dengan Menteri Keuangan dan menteri lain dan/atau pimpinan lembaga terkait seperti Menteri Kesehatan, Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Menteri Dalam Negeri, dan Kepala Badan Pusat Statistik (BPS). Data terpadu yang ditetapkan Menteri Sosial, selanjutnya dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota. Data terpadu dijadikan dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI dan disampaikan kepada Menteri Kesehatan dan DJSN. Selagi menunggu proses verifikasi dan validasi data,

penetapan jumlah PBI pada tahun 2014 dilakukan dengan menggunakan hasil pendataan Program Perlindungan Sosial (PPS) tahun 2011.

Data terpadu untuk Program perlindungan Sosial (PPS) adalah sistem data elektronik yang memuat informasi sosial, ekonomi, dan demografi dari sekitar 24,5 juta rumah tangga atau 96 juta individu dengan status kesejahteraan terendah di Indonesia. Sumber utama basis data terpadu adalah hasil kegiatan pendataan PPS yang dilaksanakan oleh BPS pada bulan Juli–Desember 2011 dan diolah lebih lanjut oleh TNP2K untuk diurutkan menurut peringkat kesejahteraan dan status sosial ekonominya. Sebelum menggunakan basis data terpadu, kurang dari 30 persen keluarga kurang mampu yang menerima berbagai manfaat program perlindungan sosial seperti Jamkesmas, raskin dan bantuan langsung tunai secara sekaligus.¹³ Dengan adanya basis data terpadu diharapkan tidak ada tumpang tindih data masyarakat dalam menerima program penanggulangan kemiskinan.

Dalam Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, TNP2K adalah tim lintas sektor dan lintas pemangku kepentingan di tingkat pusat untuk melakukan percepatan penanggulangan kemiskinan. TNP2K mempunyai tugas menyusun kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan, melakukan sinergi melalui sinkronisasi, harmonisasi dan integrasi program-program penanggulangan kemiskinan di kementerian atau lembaga dan melakukan pengawasan dan pengendalian pelaksanaan program dan kegiatan penanggulangan kemiskinan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/095/I/2010 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Pasal 7 mengatur bahwa pemerintah daerah kabupaten/kota menetapkan masyarakat miskin dan orang tidak mampu yang menjadi peserta jaminan kesehatan berdasarkan data yang dikeluarkan oleh BPS. Pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN diimbangi dengan peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan. Sarana dan prasarana merupakan syarat yang perlu dipenuhi demi menjamin implementasi jaminan sosial dapat

¹³ TNP2K, "Basis Data Terpadu", <http://www.tnp2k.go.id/id/data-indikator/basis-data-terpadu-1/>, diakses 1 September 2015.

berjalan dengan optimal. pada dasarnya permasalahan sarana dan prasarana masih terkendala batasan geografis, aksesibilitas wilayah, dan minimnya SDM. Dalam dokumen Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional, ditargetkan dalam waktu dua tahun setelah JKN beroperasi sejak 1 Januari 2014, proses integrasi Jamkesda ke dalam JKN dapat diselesaikan. Setidaknya ada 350 kabupaten/kota yang telah menyelenggarakan program Jamkesda.

Tahun ini, Jamkesda yang masih berlaku di Kota Kupang dan Kota Pekanbaru dan tengah dalam proses pengintegrasian ke dalam Program JKN. Adapaun proses yang sedang dilakukan adalah proses verifikasi dan validasi data yang dilakukan oleh Dinas Sosial Kota Kupang dan Dinas Sosial Kota Pekanbaru. Proses verifikasi dan validasi data menjadi penting mengingat besaran iuran PBI yang akan dibayarkan baik oleh pemerintah pusat maupun oleh pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota tergantung dari data tersebut. Data yang sudah divalidasi dan diverifikasi oleh Dinas Sosial kabupaten/kota tersebut akan divalidasi dan diverifikasi terlebih dahulu oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota untuk menghindari adanya tumpang tindih kepesertaan dari pusat dan provinsi. Tentunya proses pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN setelah data diverifikasi dan divalidasi masih tetap berjalan. Namun setidaknya data yang sudah valid tersebut dapat menjadi bahan advokasi terlebih dahulu kepada pihak DPRD untuk pengalokasian besaran dana iuran PBI yang akan dibebankan pada APBD.

Untuk di Kota Pekanbaru, pemerintah provinsi sudah menetapkan besaran proporsi *budget sharing* antara pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota dalam pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN yaitu sebesar 40 persen pemerintah provinsi dan 60 persen pemerintah kabupaten/kota.

Adapun kebijakan yang dibuat Pemerintah Kota Kupang dalam mendukung pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN misalnya:

1. Surat Keputusan Walikota Kupang Nomor 81A/Kep/HK/2014 tentang Alokasi Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas;
2. Surat Keputusan Walikota Kupang Nomor 81B/Kep/HK/2014 tentang Alokasi Dana Non-Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas;

3. Surat Keputusan Walikota Kupang Nomor 79C/Kep/HK/2014 tentang Penunjukan Bendahara Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Kupang Tahun Anggaran 2014;
4. Surat Keputusan Walikota Kupang Nomor 129A/Kep/HK/2013 tentang Penetapan Peserta Pelayanan Kesehatan Gratis bagi Warga Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu di Luar Kuota Jamkesmas di Kota Kupang.

Sementara kebijakan yang dibuat oleh Pemerintah Kota Pekanbaru antara lain Keputusan Walikota Pekanbaru Nomor 14a Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Pelayanan Kesehatan bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Puskesmas Rawat Inap di Kota Pekanbaru Tahun 2014.

Seperti yang telah disebutkan di atas bahwa saat ini penggunaan data berdasarkan data PPS 2011. Data PPS 2011 merupakan data dari BPS yang diserahkan ke TNP2K untuk selanjutnya dilakukan proses verifikasi dan validasi data dengan penanggung jawab Kementerian Sosial. Begitu pun yang terjadi di Kota Kupang dan Kota Pekanbaru. Data yang digunakan adalah data PPS tahun 2011. Data tersebut diverifikasi dan divalidasi oleh Dinas Sosial kabupaten/kota masing-masing, untuk selanjutnya dikirim ke Kementerian Sosial untuk ditindaklanjuti sebagaimana alur yang ada di peraturan yaitu Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

V. HAMBATAN DALAM PENGINTEGRASIAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KE DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan disebutkan bahwa Menteri Kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI sebagai peserta program jaminan kesehatan kepada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan wajib memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta jaminan kesehatan yang telah didaftarkan Menteri Kesehatan. Pelaksanaan program jaminan kesehatan untuk PBI bersumber dari APBN. DJSN menyampaikan usulan anggaran

jaminan kesehatan bagi PBI kepada Menteri Kesehatan untuk disampaikan kepada Menteri Keuangan. Dalam Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional disebutkan mekanisme Penetapan dan Pemutakhiran Data Penerima Bantuan Iuran. Penetapan kriteria peserta PBI dilakukan oleh Kementerian Sosial. Berdasarkan kriteria tersebut dilakukan pendataan dan validasi oleh Dinas Sosial kabupaten/kota setempat. Selanjutnya data hasil validasi diteruskan ke Kementerian Sosial untuk ditetapkan sebagai sasaran PBI yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penetapan Peserta PBI Jaminan Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Sosial, yang selanjutnya didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan ke BPJS Kesehatan sebagai peserta PBI Jaminan Kesehatan.

Penghapusan data PBI antara lain karena peserta meninggal dunia atau peserta tersebut sudah memiliki kemampuan membayar iuran. Penambahan data PBI antara lain karena pekerja mengalami pemutusan hubungan kerja (PHK) dan belum bekerja setelah lebih dari enam bulan, korban bencana, anggota keluarga dari pekerja yang meninggal dunia dan anak yang dilahirkan oleh orang tua yang terdaftar sebagai PBI Jaminan Kesehatan. Usulan perubahan PBI dapat dilakukan dari daerah dengan mekanisme sebagai berikut:

1. Usulan data calon pengganti PBI melalui proses verifikasi yang merupakan bagian dari kegiatan pemutakhiran Basis Data Terpadu. Pemutakhiran data diawali dengan kegiatan Musyawarah Desa/Musyawarah Kelurahan (Musdes/Muskel) untuk mengusulkan PBI pengganti. Kemudian dilakukan verifikasi oleh Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK).
2. Dokumen hasil verifikasi pengganti kemudian dientri oleh BPS kabupaten/kota.
3. Dinas Sosial kabupaten/kota melakukan validasi terhadap data usulan tersebut, selanjutnya diproses dengan penambahan karakteristik PBI pengganti kemudian dilakukan pemeringkatan PBI dan selanjutnya dilakukan verifikasi dan validasi untuk menjadi basis data terpadu PBI Jaminan Kesehatan.

Mekanisme selanjutnya diatur di dalam Panduan Teknis Verifikasi dan Validasi Peserta PBI Jaminan Kesehatan. Perubahan peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan oleh Menteri Sosial. Perubahan data PBI dilakukan oleh Menteri Sosial melalui verifikasi dan validasi setiap enam bulan dalam tahun anggaran berjalan sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Seperti yang telah disebutkan di atas bahwa pada saat dilakukan penelitian ini, baik Dinas Sosial Kota Kupang maupun Dinas Sosial Kota Pekanbaru tengah melakukan proses verifikasi dan validasi data. Secara lebih spesifik, proses verifikasi dan validasi data dilakukan oleh TKSK yang ada di masing-masing kecamatan, Dinas Sosial Kota bertanggung jawab atas proses verifikasi dan validasi data sementara Dinas Sosial Provinsi bertanggung jawab dalam merekap hasil verifikasi dan validasi data dari Dinas Sosial kabupaten/kota guna diteruskan kepada Kementerian Sosial.

Namun yang menjadi hambatan adalah Kementerian Sosial memerintahkan Dinas Sosial Kota untuk melakukan verifikasi dan validasi data tersebut secara mendadak. Sementara hasil verifikasi dan validasi harus diserahkan ke Kementerian Sosial pada bulan Juni 2015. Sebagaimana ketentuan bahwa hasil verifikasi dan validasi data diserahkan dua kali dalam setahun yaitu pada bulan Juni dan November. Dalam perintah yang mendadak tersebut, daerah tidak mempunyai anggaran khusus untuk melakukan proses verifikasi dan validasi data. Dinas Sosial Kota baru akan menganggarkan dana pada APBD Perubahan. Di Kota Kupang, Dinas Sosial menggunakan anggaran *monitoring* dan evaluasi unit untuk membiayai proses verifikasi dan validasi data serta melakukan perubahan pada APBD berikutnya.

Selain masalah anggaran, yang menjadi kendala saat proses verifikasi dan validasi data adalah SDM yang melakukan proses tersebut. SDM yang melakukan proses verifikasi dan validasi data adalah semacam tenaga sukarela bernama TKSK yang ada di masing-masing kecamatan. Di Kota Kupang, satu kecamatan memiliki satu tenaga TKSK. Jumlah yang sedikit tersebut sangat kurang untuk melakukan tugas berat seperti verifikasi dan validasi yang nantinya akan berpengaruh pada anggaran yang disediakan

untuk membayar iuran PBI. Selain itu, jumlah yang sedikit tersebut sangat berat juga mengingat satu kecamatan terdiri dari banyak desa atau kelurahan dengan kondisi geografis, kendala alam dan budaya yang beragam.

Selain jumlah yang sedikit, TKSK juga belum dilatih kemampuannya dalam hal tugas verifikasi dan validasi data. Bahkan di Provinsi NTT, ada TKSK yang tidak mengetahui apa tugas verifikasi dan validasi data. Pengetahuan yang dibutuhkan mencakup apa saja kriteria miskin dan tidak mampu untuk menambah atau mengurangi data orang miskin, bagaimana prosedur verifikasi dan validasi data, dan bagaimana penerusan pelaporan hasil verifikasi dan validasi data karena ada beberapa TKSK yang tidak meneruskan hasil verifikasi dan validasi data ke Dinas Sosial kabupaten/kota. Mengenai pelatihan TKSK, daerah tidak memiliki alokasi anggaran khusus pelatihan TKSK. Penganggaran baru akan diusulkan pada APBD Perubahan.

Di Kota Kupang, TKSK merupakan tenaga sukarela yang digaji sekitar Rp300.000 hingga Rp400.000 per bulan. Tentunya dengan dana sekitar itu dinilai tidak sesuai dengan risiko kerja untuk mendata ke desa-desa dengan kondisi geografis yang sulit. Selain itu, dana tersebut juga dinilai tidak cukup untuk menjangkau desa-desa dengan kondisi geografis yang sulit. TKSK bukanlah PNS daerah seperti pegawai di kecamatan. Pada TKSK tidak ada jenjang struktural dan tidak ada kewajiban yang mengikat selayaknya PNS. Kualitas data hasil verifikasi dan validasi juga menjadi bahan pertanyaan jika dilakukan oleh satu orang tanpa pelatihan terlebih dahulu. TKSK juga tidak dilengkapi dengan alat transportasi sehingga menjadi sulit untuk menjangkau daerah dengan kondisi geografis yang sulit.

Untuk suatu kegiatan dengan tujuan yang besar yaitu membuat dan mengoreksi data orang miskin secara terpadu, dilakukan dengan proses yang tidak mendadak dan terburu-buru. Diperlukan persiapan yang maksimal seperti konsep seperti apa dalam mendata maupun memverifikasi dan validasi data, alokasi dana dari pusat dan daerah untuk proses tersebut, juga mempertimbangkan kendala geografis, cuaca, dan lainnya, ada kriteria miskin dan tidak mampu yang jelas dan spesifik untuk masing-masing daerah.

Padahal kualitas data yang digunakan untuk mengidentifikasi dan memonitor masyarakat miskin diperlukan agar pemerintah dapat menyesuaikannya dengan kebijakan dukungan anggaran. Sifat data yang terus responsif terhadap perubahan masyarakat dibutuhkan untuk menjaga agar tidak terdapat kesenjangan antara proses jaminan sosial yang lancar dengan masyarakat miskin yang tidak bisa mendapatkan jaminan karena keterlambatan perbaharuan data. Terkait hal ini, pengembangan manajemen data sudah dilakukan baik oleh BPS maupun TNP2K. Harapannya, manajemen data yang dihasilkan tidak hanya mampu mendeteksi kemampuan masyarakat dari berbagai letak geografis yang berbeda, tetapi juga dapat mendeteksi perubahan mendadak dari risiko sosial yang menimpa masyarakat.¹⁴

Hambatan lain dalam proses pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN adalah pembagian pembayaran iuran PBI pusat dan daerah yang terhambat oleh proses verifikasi dan validasi data. Seperti diketahui bahwa dalam pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN, salah satu peran pemerintah daerah adalah mengalokasikan anggaran untuk turut serta membayar iuran PBI. Adapun besaran anggaran tersebut sangat bergantung dari data hasil verifikasi dan validasi yang dilakukan oleh TKSK sehingga dibutuhkan waktu untuk menunggu sampai dikeluarkan data terpadu masyarakat miskin dan tidak mampu oleh TNP2K. Selain itu, kebijakan penganggaran untuk PBI ini memerlukan komitmen dari pemerintah daerah, dukungan dari DPRD dan kemampuan keuangan daerah.

Hambatan lainnya adalah Pelaksanaan Jamkesda sering kali dijadikan alat politik sejumlah calon kepala daerah dalam pemilihan umum kepala daerah. Sehingga dengan adanya pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN membuat peluang kesehatan menjadi lebih sedikit sebagai alat politik. Oleh karenanya, dibutuhkan komitmen yang kuat dari pemerintah daerah dalam mengintegrasikan Jamkesda ke dalam JKN.

Adapun cara pengalihan dapat dilakukan dengan menjadikan promosi kesehatan yang selama ini belum tersentuh dikarenakan alat politik lebih terfokus pada upaya kuratif atau pengobatan.

¹⁴ Ahmad Nizar Shihab, *loc. cit.*

Politik kesehatan merupakan upaya pembangunan masyarakat dalam bidang kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan publik yang seyogyanya tidak hanya dijadikan sebagai kendaraan politik para calon atau kandidat kepada daerah. Politik kesehatan atau kebijakan kesehatan memang akhirnya ditentukan oleh keputusan politik. Kalau kehidupan politik di suatu daerah tidak sehat, jangan harap kesehatan masyarakat di daerah itu akan diurus dengan sehat pula.¹⁵ Selain itu, politik kesehatan juga diperlukan dalam menetapkan besaran dana PBI daerah guna memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Dicanangkannya Kartu Indonesia Sehat (KIS) berpengaruh pada proses pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN dikarenakan banyaknya kategori masyarakat yang berhak menjadi peserta KIS. Jangkauan PBI dalam JKN terbatas pada fakir miskin dan orang tidak mampu sedangkan jangkauan KIS lebih luas sesuai yaitu Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) anak balita terlantar, anak terlantar, anak yang berhadapan dengan hukum, anak jalanan, anak dengan kedisabilitas, anak yang menjadi korban tindak kekerasan atau diperlakukan salah, anak yang memerlukan perlindungan khusus, lanjut usia terlantar, penyandang disabilitas, tuna susila, gelandangan, pengemis, pemulung, kelompok minoritas, bekas warga binaan lembaga pemasyarakatan, orang dengan HIV/AIDS, korban penyalahgunaan NAPZA, korban *trafficking*, korban tindak kekerasan, pekerja migran bermasalah sosial, korban bencana alam, korban bencana sosial, perempuan rawan sosial ekonomi, fakir miskin, keluarga bermasalah sosial psikologis, dan komunitas adat terpencil. Selain itu, bayi yang lahir dari peserta PBI langsung dijamin kepesertaannya dalam KIS.

Banyaknya kategori peserta KIS membuat pemerintah daerah membutuhkan waktu untuk memilah-milah kategori tersebut. KIS diselenggarakan berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 166 Tahun 2014 tentang Program Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. Namun belum semua pemerintah daerah mengerti perbedaan KIS dan JKN. Di internal Dinas Kesehatan Kota Kupang masih terdapat kesalahan penafsiran KIS yang tidak beda dengan

¹⁵ Sri Handayani, *op. cit.*, hlm. 16.

Program JKN melainkan hanya sebatas pergantian nama program saja. Oleh karena itu, diperlukan sosialisasi lebih keras lagi dari pusat ke daerah.

Hambatan lain yang terjadi dalam pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN adalah penghuni lembaga pemasyarakatan di Kota Kupang secara otomatis menjadi peserta KIS sehingga ketika mengalami sakit, pencarian pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan JKN yang berada di luar lingkungan lembaga pemasyarakatan. Namun selama ini di lembaga pemasyarakatan sendiri telah memiliki klinik dokter. Ketika Program JKN berlangsung, Kementerian Hukum dan HAM tidak lagi bertanggung jawab terhadap pengadaan obat dan alat kesehatan tersebut pada klinik tersebut. Sejak saat itu, pengadaan obat dan alat kesehatan bergantung kepada Dinas Kesehatan Kota Kupang.

Tentunya hal ini membebankan anggaran Dinas Kesehatan Kota Kupang. Dalam Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional disebutkan bahwa Menteri Sosial berwenang menetapkan data kepesertaan PBI. Selama seseorang ditetapkan sebagai peserta PBI, maka yang bersangkutan berhak mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dalam JKN. Sampai ada pengaturan lebih lanjut oleh pemerintah tentang jaminan kesehatan bagi PMKS, maka gelandangan, pengemis, orang terlantar dan lain-lain menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Demikian juga untuk penghuni panti-panti sosial serta penghuni rutan/lapas yang miskin dan tidak mampu.

Di Kota Kupang, KIS sudah diberikan kepada masyarakat miskin dan PMKS oleh PT. Pos. Namun PT. Pos belum melaporkan kepada Dinas Sosial Kota Kupang mengenai pelaksanaan pendistribusian KIS. Kementerian Sosial menyerahkan pembagian kartu kepada PT. Pos tanpa melalui perantara Dinas Sosial Provinsi maupun Dinas Sosial Kota. Padahal selama ini yang berwenang memberikan beberapa bantuan sosial adalah Dinas Sosial selaku perpanjangan tangan dari Kementerian Sosial. Selain itu, posisi Dinas Sosial Kota sebagai perantara pusat dengan camat atau lurah. Di sini terjadi permasalahan antara kewenangan PT. Pos dan Dinas Sosial.

Sedangkan di Kota Pekanbaru, KIS belum dibagikan dikarenakan menunggu hasil verifikasi dan validasi data PPS terlebih dahulu. Seperti pengalaman sebelumnya bahwa di Kota Pekanbaru, terdapat 2000 masyarakat miskin yang belum mengambil Kartu Perlindungan Sosial (KPS) sedangkan yang sudah ambil baru sekitar 15.000 orang. Alasan belum diambil adalah banyak yang sudah meninggal, banyak orang yang dinilai mampu namun terdaftar dalam data PPS. Di Kota Pekanbaru, proses verifikasi dan validasi data dilakukan secara bertahap yaitu pertama bagi yang tidak ambil KPS. Kedua, proses verifikasi dan validasi dilakukan untuk menambahkan dan mengurangi data orang miskin dan tidak mampu tersebut. Permasalahan peran kelembagaan pun juga terjadi dalam hal sosialisasi proram KIS yang dilakukan oleh TNP2K bukan oleh Dinas Sosial.

VI. PENUTUP

Konsep desentralisasi kesehatan yang bertujuan memberikan kesempatan bagi pemerintah daerah untuk dapat menyikapi sendiri permasalahan kesehatan yang dihadapi di daerah masing-masing, memang cenderung menguntungkan jika jaminan kesehatan juga dilakukan di tingkat daerah. Hal ini memberikan dampak pelayanan kesehatan akan lebih mendekati masyarakat di daerah-daerah. Namun mengingat adanya semangat nasionalisme di mana *sharing* risiko untuk seluruh rakyat Indonesia akan lebih memudahkan jika dilakukan dalam skala besar. Hal ini sesuai dengan prinsip asuransi *the law of large numbers*. Maka penyelenggaraan program jaminan kesehatan diarahkan ke dalam *single payer system* sehingga prinsip efisiensi dan akumulasi dana dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi seluruh rakyat.

Dengan penyelenggaraan sistem jaminan kesehatan secara sentralistik, pelayanan kesehatan dapat dilakukan di mana pun selama berada di Indonesia sehingga tidak terbatas di suatu daerah saja sebagaimana yang terjadi ketika menggunakan Jamkesda. Pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN bertujuan untuk menyamakan pelayanan yang diberikan. Hal ini berdampak pada meningkatnya akreditasi rumah sakit, meningkatkan kompetensi profesi SDM kesehatan, peningkatan puskesmas menjadi Badan

Layanan Umum Daerah (BLUD) untuk dapat menggunakan dana kapitasi sesuai dengan kebutuhan tanpa birokrasi yang panjang, dan lainnya. Walau hal tersebut harus didukung oleh kesiapan SDM, sarana dan prasarana kesehatan, *sharing* pendanaan antara pusat dan daerah, kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan dan manajemen kesehatan.

Dalam perjalanan pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN, tidak dapat dipungkiri banyak hambatan yang terjadi. Hambatan tersebut berupa lamanya proses verifikasi dan validasi data di tingkat kabupaten/kota maupun provinsi, rendahnya kuantitas dan kualitas SDM yang melakukan verifikasi dan validasi data, pembagian pembayaran iuran PBI pusat dan daerah yang terhambat oleh proses verifikasi dan validasi data, pelaksanaan Jamkesda menjadi alat politik sejumlah kepala daerah, dicanangkannya KIS berpengaruh pada proses pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN dikarenakan banyaknya kategori masyarakat yang berhak menjadi peserta KIS membuat daerah membutuhkan waktu untuk memilah-milah kategori tersebut dan lainnya. Namun mengingat dalam dokumen Peta Jalan JKN tertera bahwa tahun 2016 seluruh Jamkesda sudah terintegrasi ke dalam JKN, diperlukan upaya yang keras untuk mewujudkannya.

Adapun beberapa saran yang dapat diberikan dari penulisan ini antara lain:

1. Dalam pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN, diperlukan koordinasi lintas sektor dan lintas program, komunikasi yang intens antara pusat dengan daerah, dan sosialisasi pemahaman JKN dan KIS di daerah-daerah;
2. Pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN perlu dibarengi dengan peningkatan sarana dan prasarana pada fasilitas kesehatan milik pemerintah daerah. Pengalokasian dana APBD juga untuk memperbaiki fasilitas pelayanan kesehatan dan membayar atau menambahkan insentif tenaga kesehatan;
3. Dalam hal pendataan diperlukan data yang terbaru mengenai kondisi masyarakat miskin dan tidak mampu. Tentunya diperlukan juga peningkatan pengetahuan para tenaga TKSK, penambahan jumlah TKSK di kecamatan, pemberian fasilitas yang mendukung kerja TKSK dan pemberian kepastian hak dan kewajiban kepada para TKSK.

DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Dokumen

- Departemen Kesehatan. 2008. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Handayani, Sri. 2011. *Ilmu Politik dalam Kebijakan Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Gosyen Publishing.
- Indahri, Yulia. 2014. "Pembelajaran dari Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Aceh", dalam Ayuningtyas, Dumilah. *Jaminan Kesehatan Nasional & Transformasi Jaminan Sosial*. Jakarta: P3DI Setjen DPR RI dan AZZA Grafika.
- Kementerian Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Daerah (Riskesdas) 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Koordinasi Kesejahteraan Rakyat. 2012. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*. Jakarta: Kemenko Kesra.
- Shihab, Ahmad Nizar. 2013. *BPJS: Jalan Panjang Mewujudkan Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Depok: Cinta Indonesia.
- Supriyantoro. 2014. "Ringkasan Disertasi: Formulasi Kebijakan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke Sistem Jaminan Kesehatan Nasional menuju *Universal Health Coverage*". Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Thabrany, Hasbullah. 2014. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Rajawali Pers.
- WHO. 2005. *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System*. Jenewa: WHO.
- Yuningsih, Rahmi. 2014. "Analisis Pengadaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada Awal Jaminan Kesehatan Nasional", dalam Ayuningtyas, Dumilah. *Jaminan Kesehatan Nasional & Transformasi Jaminan Sosial*. Jakarta: P3DI Setjen DPR RI dan AZZA Grafika.

Peraturan Perundang-Undangan

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.

Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah.

Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.

Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69/Menkes/IX/2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2562/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/095/1/2010 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Peraturan Daerah Kota Kupang Nomor 11 Tahun 2013 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan.

Peraturan Walikota Kupang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kota Kupang.

Peraturan Walikota Pekanbaru Nomor 05 Tahun 2014 tentang Penyaluran Pengelolaan Dana dan Tarif Jasa Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Daerah pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Puskesmas dan Jaringannya di Kota Pekanbaru Tahun Anggaran 2014.

Website

Basis Data Terpadu, <http://www.tnp2k.go.id/id/data-indikator/basis-data-terpadu-1/>, diakses tanggal 1 September 2015.

PEMBANGUNAN KESEHATAN DAERAH DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (STUDI KASUS KOTA KUPANG)

oleh: Yulia Indahri

I. PENDAHULUAN

Setiap warga negara tanpa terkecuali masyarakat miskin dan rentan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar Tahun 1945. Kesehatan menjadi prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) periode tahun 2010–2014 dan terus menjadi isu prioritas dalam RPJMN periode tahun 2015–2019.¹

Peningkatan kualitas hidup manusia Indonesia yang salah satunya dilakukan melalui pembangunan kesehatan merupakan agenda kelima dari sembilan agenda prioritas pemerintah. Kualitas hidup yang baik diharapkan dapat dicapai melalui berbagai program yang dilaksanakan oleh berbagai kementerian atau lembaga, seperti Program Indonesia Pintar, Program Indonesia Sehat, Program Indonesia Kerja dan Program Indonesia Sejahtera.²

Dalam Program Indonesia Sehat terdapat tiga komponen yang akan dilakukan, yaitu:

1. Mewujudkan paradigma sehat;
2. Penguatan pelayanan kesehatan; dan
3. Jaminan Kesehatan Nasional.

¹ Bappenas, *Evaluasi Paruh Waktu RPJMN, 2010–2014* (Jakarta: Bappenas, 2013).

² Kementerian Kesehatan, *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015–2019* (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2015).

Ketiga komponen tersebut bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya agar terwujud manusia Indonesia yang bermutu, sehat dan produktif. Derajat kesehatan yang rendah akan berpengaruh terhadap produktivitas kerja, yang pada akhirnya menjadi beban bagi masyarakat dan pemerintah. Pada umumnya, masyarakat miskin dan rentan mempunyai derajat kesehatan yang lebih rendah akibat kesulitan mengakses pelayanan kesehatan yang disebabkan tidak adanya kemampuan ekonomi untuk menjangkau biaya pelayanan kesehatan. Oleh karena itu pemerintah pusat dan daerah bertanggung jawab untuk memberikan jaminan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan serta memberikan perlindungan keuangan atas pengeluaran kesehatan akibat sakit. Indikator-indikator kesehatan akan lebih baik apabila pelayanan kesehatan yang terkait dengan kemiskinan lebih diperhatikan.³

Jauh sebelum pemerintah saat ini mengimplementasikan Program Indonesia Sehat, Indonesia telah mengenal berbagai perlindungan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan dimulai dari Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) guna merespons krisis ekonomi pada tahun 1998. Program yang ditujukan untuk keluarga miskin ini kemudian dilanjutkan dengan Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Kesehatan (PDPSE Bidkes) pada tahun 2001–2002 yang bertujuan untuk memberikan pelayanan rujukan/rumah sakit bagi keluarga miskin. Pada tahun 2003 program tersebut berubah menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM Bidkes).⁴

Untuk mengatasi peningkatan biaya kesehatan, pada akhir tahun 2004 pemerintah meluncurkan program jaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan rentan miskin dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan. Program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin (Askeskin) ini diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) melalui penugasan

³ Departemen Kesehatan, *Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas* (Jakarta: Departemen Kesehatan, 2008).

⁴ Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, *Panduan Teknis Perhitungan Estimasi Iuran PBI JKN* (Jakarta: TNP2K, 2014).

kepada PT. Askes Persero berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004. Pada saat diluncurkan, program yang dibiayai penuh dari APBN ini diharapkan dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat miskin dan rentan agar terus bekerja produktif, keluar dari kemiskinan dan tidak masuk dalam kemiskinan yang lebih dalam akibat penyakit parah yang dideritanya.⁵

Setelah empat tahun berjalan, atas pertimbangan pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas, pemerintah melakukan perubahan pengelolaan program Askeskin pada tahun 2008. Program ini kemudian berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Peserta Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan rentan yang terdaftar dan memiliki kartu Jamkesmas. Pada awal tahun 2008, penetapan jumlah sasaran nasional peserta Jamkesmas adalah 76,4 juta individu.⁶

Menteri Kesehatan kemudian menetapkan jumlah sasaran peserta (kuota) yang tersebar di masing-masing kabupaten/kota. Setelah itu bupati/walikota menetapkan peserta Jamkesmas dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk surat ketetapan bupati/walikota. Apabila jumlah peserta yang ditetapkan melebihi dari jumlah kuota yang ditentukan Kemenkes, maka sisanya menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat. Penetapan sasaran peserta menggunakan metodologi yang berbeda antar-kabupaten/kota dan tidak diperbaharui sampai dengan tahun 2012. Paket manfaat yang diberikan oleh program Jamkesmas dinilai cukup komprehensif, walau hanya menggunakan puskesmas untuk layanan primer dan fasilitas ruang rawat inap kelas III di kebanyakan rumah sakit pemerintah. Pengelolaan program Jamkesmas sampai akhir tahun 2013 tetap dikelola oleh Kemenkes dengan biaya premi sebesar Rp6.500/orang/bulan.⁷

⁵ Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan dan Universitas Indonesia Consulting, *Memberikan Jamkesmas kepada yang Berhak* (Jakarta: TNP2K, 2012).

⁶ Departemen Kesehatan, *loc. cit.*

⁷ Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019* (Jakarta: Kemkokesra, 2012).

Komitmen pemerintah dalam pelaksanaan program asuransi sosial kesehatan untuk keluarga miskin yang dikemas dalam program Jamkesmas yang dilaksanakan sejak tahun 2005 telah memasuki babak baru. Sejak 1 Januari 2014 Pemerintah Indonesia meluncurkan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesejahteraan bagi masyarakat Indonesia dari guncangan kesehatan. JKN secara bertahap direncanakan sebagai jaminan kesehatan semesta (*universal health coverage*) bagi seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019.

Sejak diluncurkan, Program JKN telah mengalami beberapa perbaikan, antara lain dalam aspek peraturan, penajaman kepesertaan, manfaat dan penajaman perhitungan iuran Penerima Bantuan Iuran (PBI), pelayanan kesehatan, penguatan Sistem Informasi Manajemen (SIM), pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi di puskesmas, maupun pembayaran ke rumah sakit dengan sistem prospektif. Ke depan, beberapa tantangan dan permasalahan dalam implementasi JKN yang perlu terus mendapat perhatian, antara lain strategi keberlanjutan JKN, penciptaan sumber pendapatan baru untuk sektor kesehatan, perluasan kepesertaan, kesiapan sisi suplai, dan kebijakan kefarmasian dalam sistem asuransi kesehatan sosial.

Program JKN yang telah berlangsung satu tahun membawa manfaat bagi perlindungan kesehatan peserta JKN melalui Kartu Indonesia Sehat sebagai tanda kepesertaan JKN untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang komprehensif pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (puskesmas/klinik), maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (rumah sakit), secara berjenjang atas indikasi medis. Sampai akhir tahun Desember 2014, jumlah kepesertaan JKN 133,4 juta, untuk 17.419 puskesmas/klinik dan 1.592 rumah sakit.⁸

Selain itu, sejak 2014, Kemenkes juga telah mensosialisasikan "Peta Strategi Kemenkes" untuk mencapai visi Kemenkes, yaitu Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan.⁹ Harapannya, peta tersebut dapat diadopsi dan diterjemahkan sesuai dengan kondisi daerah. Perlu ada pembelajaran dari pelaksanaan

⁸ Kementerian Kesehatan, *loc. cit.*

⁹ Kementerian Kesehatan, *Rancangan Teknokratik Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019* (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2014), hlm. 8.

pembangunan kesehatan yang telah berlangsung selama ini untuk lebih memahami peluang penerapan kebijakan yang lebih baik. Kota Kupang di Provinsi Nusa Tenggara Timur merupakan salah satu kota yang berupaya mencari terobosan baru dengan berbagai programnya guna menyesuaikan strategi Kemenkes yang bersifat nasional dengan kondisi di daerah yang mengharuskan adanya kebijakan khusus yang mendukung. Tulisan ini akan melihat bagaimana pengimplementasian kebijakan pembangunan kesehatan di Kota Kupang khususnya, dan dukungan dari Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur pada umumnya.

II. PEMBANGUNAN KESEHATAN KOTA KUPANG

Pembangunan kesehatan di Kota Kupang untuk tahun 2015 berawal dari Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Kupang (Dinkes Kupang) yang disusun pada tahun 2013.¹⁰ Pembangunan kesehatan Kota Kupang diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, lanjut usia (lansia), dan keluarga miskin.¹¹

Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan:

1. Upaya kesehatan;
2. Pembiayaan kesehatan;
3. Sumber daya manusia kesehatan;
4. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;
5. Manajemen dan informasi kesehatan; serta
6. Pemberdayaan masyarakat.

Upaya tersebut dilakukan dengan memerhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK),

¹⁰ Dinas Kesehatan Kota Kupang, *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Kupang 2013-2017* (Kupang: Dinkes Kupang, 2013).

¹¹ *Ibid.*

serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerja sama lintas sektoral di Kota Kupang.

Data resmi Badan Pusat Statistik (BPS) Kupang dapat dijadikan dasar dalam melihat kemajuan pembangunan kesehatan di Kota Kupang, seperti terlihat pada Tabel 3.1 terjadi peningkatan persentase tempat tujuan berobat masyarakat Kota Kupang ke rumah sakit, poliklinik, dan puskesmas di tahun 2013, dibandingkan tahun sebelumnya.

Sebagai sumber rujukan berobat bagi penduduk Kupang, fasilitas kesehatan tertinggi adalah puskesmas/pustu, yaitu mencapai 46,97 persen. Hal ini mengindikasikan bahwa fasilitas tersebut paling banyak dipilih karena cukup mudah dijangkau oleh penduduk dan biaya berobat yang dikeluarkan relatif murah. Persentase penduduk yang berobat jalan ke dokter praktik sebanyak 17,82 persen dan ke rumah sakit mencapai 19,44 persen.

Tabel 3.1
Statistik Kesehatan Kota Kupang

Uraian	2012	2013
Tempat Berobat (%)		
Rumah Sakit	17,86	19,44
Praktik dokter/Poliklinik	13,11	17,82
Puskesmas/Pustu	36,02	46,97
Petugas Kesehatan	11,31	8,39
Pengobatan Tradisional	7,32	2,91
Lainnya	14,38	4,48
Penolong Kelahiran (%)		
Dokter	31,97	29,76
Bidan	49,25	49,27
Tenaga medis lain	0,00	0,78
Dukun	14,03	11,69
Famili	3,64	6,14
Lainnya	1,10	2,37
Angka Harapan Hidup (Tahun)	73,46	73,46

Sumber: BPS Kupang, 2014.

Sementara persentase penolong kelahiran tertinggi di Kota Kupang pada tahun 2013 adalah bidan, yaitu mencapai 49,27 persen. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan penduduk di bidang kesehatan cukup tinggi, dengan memahami pentingnya keselamatan ibu dan bayi yang dilahirkan. Balita yang kelahirannya ditolong dokter sudah mencapai 29,76 persen. Sedangkan penolong kelahiran oleh dukun di Kota Kupang masih cukup tinggi, yaitu sebesar 11,69 persen. Sehubungan dengan hal ini, Dinkes Kupang sudah mengupayakan agar para ibu hamil dapat melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan yang didistribusikan di setiap kecamatan agar persalinan balita yang ditolong oleh dukun tradisional diharapkan terus menurun.

Di tahun 2012, Kota Kupang sempat bekerja sama dengan RS dr. Soetomo untuk rujukan tindak lanjut yang tidak dapat ditangani oleh rumah sakit di Kota Kupang atau di Provinsi NTT. Kerja sama ini hanya berjalan satu tahun, karena setelah satu tahun berlalu, belum ada kepastian anggaran untuk biaya pendamping atau pengantar. Dalam kurun waktu satu tahun banyak yang tidak mau dirujuk karena kendala tersebut.¹²

Jika dilihat dari sarana pelayanan kesehatan dasar yang tersedia di Kota Kupang seperti terlihat pada Tabel 3.2, sejak 2012 Dinkes Kupang juga telah berupaya memberikan pelayanan kesehatan bagi penduduk yang membutuhkannya. Di Kota Kupang terdapat 10 buah puskesmas dan 35 buah puskesmas pembantu dan lima buah poskeskel. Masing-masing kecamatan mempunyai lebih dari satu puskesmas, sedangkan hampir separuh dari kelurahan mempunyai satu puskesmas pembantu. Sesuai dengan konsep puskesmas yang melayani 30.000 penduduk, maka di Kota Kupang satu puskesmas rata-rata melayani 34.934 orang di tahun 2012, dan 37.837 orang di tahun 2013.¹³ Angka ini sudah cukup baik karena dibandingkan dengan konsep wilayah puskesmas, *visite rate* puskesmas merupakan salah satu ukuran yang dipakai untuk mengukur salah satu fungsi puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat dengan melihat angka rata-rata kunjungan penduduk per tahun ke puskesmas dan unit-unitnya.

¹² Wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang, Mei 2015.

¹³ Dinas Kesehatan Kota Kupang, *Profil Kesehatan Kota Kupang 2013* (Kupang: Dinkes Kupang, 2013).

Tabel 3.2
Jumlah Sarana Kesehatan di Kota Kupang, 2013

Sarana	Jumlah
Rumah Sakit	10
Puskesmas	10
Pustu	35
Praktik Dokter	297
Balai Pengobatan	21

Sumber: BPS Kupang, 2014.

Peningkatan manajemen dan informasi kesehatan dilaksanakan Dinkes Kupang melalui Program Puskesmas Layak Anak. Program ini merupakan program kerja sama Dinkes dengan Bagian Pemberdayaan Perempuan Setda Kota Kupang, di mana sejak tahun 2012 telah ada satu puskesmas dengan predikat Puskesmas Layak Anak. Selain itu, pada tahun 2015 sedang dikembangkan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) elektronik untuk dua puskesmas di Kota Kupang, yang diharapkan dapat membantu proses pelayanan maupun pencatatan hasil pelayanan bagi pasien. Nantinya diharapkan seluruh puskesmas mampu melaksanakan pelayanan dengan SIKDA elektronik di Kota Kupang.¹⁴

Peningkatan upaya kesehatan yang menjadi salah satu program Dinkes Kupang seperti tercantum dalam Renstra telah dirintis sejak tahun 2014, yaitu melalui pembentukan Brigade Kupang Sehat. Program diresmikan sebagai bentuk inovasi akan pentingnya kualitas kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan dilakukan dengan sistem jemput bola untuk memudahkan akses layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Kota Kupang melalui nomor telepon *call centre* (0380) 827777. Tujuan dari program ini adalah mendekatkan pelayanan kesehatan tercepat dan terdepan untuk setiap kasus gawat darurat kesehatan bagi masyarakat secara gratis bagi seluruh masyarakat Kota Kupang yang membutuhkan layanan *emergency* selama 24 jam, pada 51 kelurahan dan enam kecamatan di Kota Kupang.¹⁵

¹⁴ Wawancara, *ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

Dari data 10 penyakit utama di tahun 2012 dan 2013, terbanyak adalah ISPA, diikuti penyakit lain pada saluran pernapasan bagian atas dan gastritis (Tabel 3.3). Dari pola penyakit terbanyak di atas menunjukkan bahwa penyakit infeksi masih merupakan penyakit terbanyak yang ditemukan pada masyarakat Kota Kupang, walau beberapa penyakit tidak menular seperti hipertensi, penyakit sistem otot dan jaringan pengikat, juga termasuk 10 peringkat penyakit terbanyak di Kota Kupang.

Tabel 3.3
Penyakit Terbanyak Diderita oleh Penduduk di Kota Kupang, 2012-2013

Sebab Akibat	2012		2013	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Infeksi Saluran Pernapasan Akut	63.850	41,93	101.928	39,82
Penyakit lain pada saluran pernapasan bagian atas	18.748	12,31	32.355	12,64
Gastritis	15.350	10,08	25.331	9,90
Penyakit kulit alergi	9.384	6,16	23.056	9,01
Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat	13.334	8,76	20.178	7,88
Hipertensi	9.770	6,42	16.062	6,27
Penyakit pulpa dan jaringan periapikal	8.545	5,61	12.286	4,80
Penyakit kulit infeksi	6.835	4,49	10.501	4,10
Tonsilitis	2.111	1,39	7.634	2,98
Diare	4.363	2,86	6.645	2,60

Sumber: Dinkes Kupang, 2012 dan BPS Kupang, 2014.

Lebih dari 532 ribu penduduk Kota Kupang telah menjadi peserta Jamkesmas. Sampai dengan tahun 2010 jumlah penduduk Kupang adalah 107.000 jiwa yang selanjutnya mencapai 328.688 jiwa di tahun 2013. Sejak 2011, peserta Jamkesmas turun menjadi 87.000 jiwa. Jika dijumlahkan total, maka ada sekitar 300 ribu jiwa yang mendapatkan pelayanan jaminan kesehatan gratis di Kota Kupang. Seiring dengan pelaksanaan JKN, saat ini peserta Jamkesmas beralih menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS

Kesehatan.¹⁶ Dinkes Kupang telah berupaya mengantisipasi program *universal coverage*, dengan mewacanakan pemutakhiran data peserta BPJS Kesehatan yang sebelumnya adalah peserta Jamkesmas.

Pemutakhiran data menjadi salah satu perhatian Dinkes Kupang karena sejak tahun 2008 Kupang telah memiliki sistem jaminan kesehatan dalam bentuk Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dengan alokasi anggaran per tahunnya antara delapan sampai sebelas miliar rupiah dari APBD Kota Kupang. Dana tersebut dimaksudkan untuk menanggung sekitar 215.362 jiwa peserta Jamkesda. Untuk pelayanan tahap pertama, yaitu 10 puskesmas dan 41 puskesmas pembantu di Kota Kupang, dana yang dapat dimanfaatkan sampai tahun 2015 berkisar antara 8 sampai 9 miliar rupiah. Dari 10 puskesmas, 4 di antaranya adalah puskesmas rawat inap persalinan, pasien, dengan pengelolaan diserahkan kepada puskesmas masing-masing.¹⁷ Dari fakta di lapangan tersebut, terlihat bahwa Dinkes Kupang telah berupaya mewujudkan visi pembangunan kesehatan melalui program peningkatan biaya kesehatan.

Mengingat pembiayaan kesehatan merupakan hal penting dalam menjalankan program pembangunan kesehatan, dengan bantuan dari beberapa lembaga internasional, sejak tahun 2011 juga telah dilaksanakan kegiatan puskesmas reformasi, yang mengedepankan perubahan pelayanan baik dari segi pelayanan kesehatan maupun pelayanan administratif bagi pasien di tingkat puskesmas.¹⁸ Perubahan pelayanan didasarkan pada hasil survei pengaduan masyarakat, sehingga perubahan pelayanan yang terjadi sejalan dengan perubahan yang diinginkan oleh masyarakat. Hingga tahun 2012, sudah ada tiga puskesmas reformasi yang sedianya akan terus direplikasi untuk seluruh puskesmas yang ada di Kota Kupang.

Di bidang penerimaan daerah Dinkes Kupang sesuai dengan Peraturan Daerah Kota Kupang Nomor 11 tahun 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan berperan memberikan dukungan

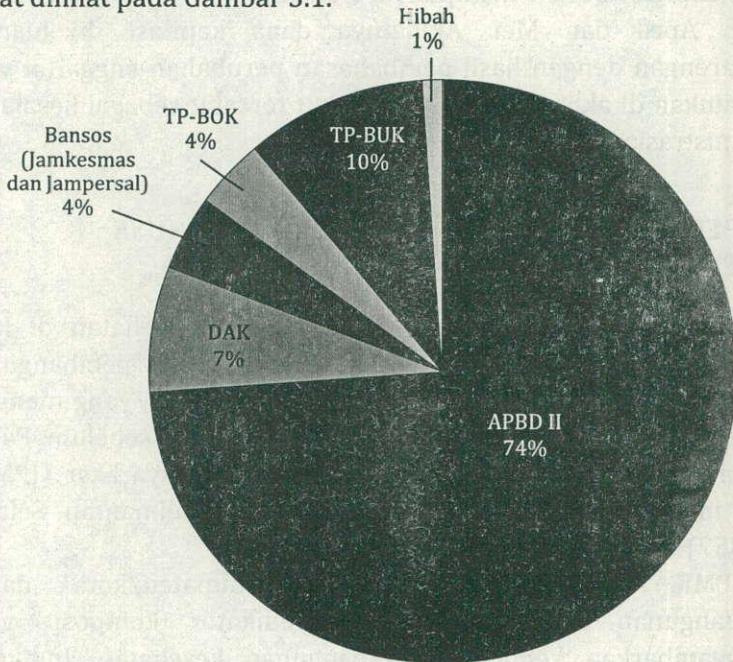
¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Dinas Kesehatan Kota Kupang, *Rencana ... op. cit.*, hlm. 19.

bagi terlaksananya upaya kegiatan ekstensifikasi dan intensifikasi penerimaan daerah. Kewajiban tugas Dinkes Kupang adalah untuk melakukan pemungutan secara operasional yang dilaksanakan melalui retribusi atas pelayanan kesehatan oleh Unit Pelaksana Teknis (UPT). Adapun penerimaan retribusi kesehatan di UPT Dinkes Kupang berupa karcis umum, rawat inap persalinan, penerimaan Askes, laboratorium, pengujian kesehatan dan pelayanan gigi.

Total anggaran kesehatan yang diterima oleh Dinkes Kupang selama tahun 2012 dari APBD II Kota Kupang, sebesar Rp48.429.988.925.¹⁹ Dan selama tahun 2013, dari APBD II Kota Kupang anggaran kesehatan berjumlah Rp53.444.534.555.²⁰ Selain itu adapula dana bantuan dan hibah yang bersumber dari pihak ketiga. Persentase sumber anggaran kesehatan pada tahun 2013, dapat dilihat pada Gambar 3.1.



Gambar 3.1
Sumber Pembiayaan Dinas Kesehatan Kota Kupang, 2013

Sumber: Dinkes Kupang, 2013.

¹⁹ Dinas Kesehatan Kota Kupang, *Profil Kesehatan Kota Kupang 2012* (Kupang: Dinas Kesehatan Kota Kupang, 2012).

²⁰ *ibid.*

Dalam satu tahun sejak diberlakukannya JKN, dana kapitasi yang disediakan oleh BPJS Kesehatan untuk pelayanan tingkat pertama di Kota Kupang sudah lebih dari 10 miliar rupiah, dengan pembagian 60 persen untuk pelayanan dan 40 persen untuk biaya operasional.²¹ Ada harapan bahwa di tahun yang akan datang, puskesmas di Kota Kupang dapat berubah menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) agar ada keeluasaan dalam mengelola sendiri anggarannya. Kesulitan ketika tidak menggunakan BLUD adalah adanya beragam peraturan yang harus dipenuhi dan kesulitan dalam audit tata kelola. Di tahun 2014, anggaran harus masuk ke daerah terlebih dahulu sebagai Pendapatan Asli Daerah, baru dikeluarkan kembali untuk dipergunakan oleh puskesmas. Menurut Dinkes Kupang, di awal penerapan JKN (Januari 2014), dana kapitasi belum mempunyai nomenklatur yang jelas sampai bulan April dan Mei. Akibatnya dana kapitasi dikeluarkan berbarengan dengan hasil pembahasan perubahan anggaran yang diturunkan di akhir tahun. Hal tersebut tercatat sebagai kesalahan administrasi.²²

III. PEMBANGUNAN KESEHATAN PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR

Setelah memahami dasar pembangunan kesehatan di Kota Kupang, maka perlu kiranya dipahami juga pembangunan kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), yang menurut Kemenkes berada di peringkat kedua terbawah sebelum Papua dalam hal Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPMK). NTT mempunyai indeks 0,4622 di bawah Kalimantan Selatan (0,4857) dan rata-rata nasional 0,5404.²³

IPMK menetapkan peringkat kabupaten/kota dalam pembangunan kesehatan, sebagai indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan. Indikator dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu Riset

²¹ Wawancara, *loc. cit.*

²² *Ibid.*

²³ Nila Farid Moeloek, "Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat", Makalah Pertemuan Koordinasi Pengelola Pendidikan Tenaga Kesehatan, Jakarta, 22-24 April 2015.

Kesehatan Dasar (Riskesmas), Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), dan Survei Potensi Desa (Podes). Ada 24 indikator kesehatan yang digunakan dalam IPKM dengan nilai korelasi UHH yang tertinggi.²⁴

Pembangunan kesehatan di NTT diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal sehingga dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi.²⁵ Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, lanjut usia, dan keluarga miskin.²⁶

Demi mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat maka upaya kesehatan diselenggarakan dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi secara terpadu dan dengan mengutamakan pendekatan: peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), serta pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Dalam konteks ini maka pembangunan kesehatan perlu dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan dengan mengedepankan nilai-nilai:

1. berpihak pada rakyat;
 2. bertindak cepat dan tepat;
 3. integritas tinggi;
 4. transparansi dan akuntabilitas; serta
 5. kemitraan atau sinergisme
- di antara para pelaku pembangunan kesehatan.²⁷

Salah satu indikator pembangunan kesehatan adalah ketersediaan prasarana kesehatan yang cukup memadai seperti rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dan posyandu. Pada tahun 2013 jumlah Rumah Sakit Umum (RSU) yang tersedia

²⁴ Kementerian Kesehatan, "24 Indikator Kesehatan dalam IPKM", <http://www.depkes.go.id/article/print/1337/24-indikator-kesehatan-dalam-ipkm.html> diakses 20 September 2015.

²⁵ Dinas Kesehatan Kota Kupang, *Profil ... 2012*, loc. cit.

²⁶ Dinas Kesehatan Kota Kupang, *Rencana ... loc. cit.*

²⁷ Dinas Kesehatan Kota Kupang, *Profil ... 2012*, loc. cit.

di NTT sebanyak 43 unit, sebagian besar (sembilan unit) berada di Kota Kupang. Rumah sakit di NTT, terdiri dari 20 rumah sakit pemerintah, 13 rumah sakit swasta, lima rumah sakit TNI/Polri dan empat rumah sakit khusus. Rumah sakit pemerintah bertambah satu di Kabupaten Manggarai Barat, Rumah Sakit TNI mengalami peningkatan sebanyak dua rumah sakit. Sampai tahun 2015, seluruh kabupaten/kota telah memiliki rumah sakit negeri maupun swasta termasuk Kabupaten Malaka sebagai daerah otonom baru.

Selain penyediaan rumah sakit, pemerintah juga memerhatikan pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di daerah-daerah terpencil yang tidak terjangkau pelayanan fasilitas rumah sakit, melalui penyediaan puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan posyandu yang tersebar di 21 kabupaten/kota yang mengalami kenaikan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Pada Tahun 2013 di NTT terdapat 368 unit puskesmas naik 5,75 persen, 1.045 unit puskesmas pembantu, dan 2.332 unit puskesmas keliling (Tabel 3.4).²⁸

Tabel 3.4
Banyaknya Fasilitas Pelayanan Kesehatan Menurut Jenis Fasilitas dan Kabupaten/Kota, 2013

Kabupaten/ Kota	Rumah Sakit	Puskesmas	Posyandu	Pustu	Pusing	Poskesdes	Polindes
Sumba Barat	2	9	219	11	7	15	35
Sumba Timur	3	24	532	69	20	6	101
Kupang	1	25	711	151	23	18	0
TTS	2	30	702	63	28	42	0
TTU	2	26	464	41	26	11	123
Belu	5	34	836	43	33	39	112
Alor	2	22	432	48	16	38	75
Lembata	3	9	315	34	9	27	82
Flores Timur	1	20	568	41	0	39	0

²⁸ Badan Pusat Statistik, *Nusa Tenggara Timur Dalam Angka 2014* (Kupang: BPS NTT, 2015), hlm. 153.

Pembangunan Kesehatan di Era JKN

Kabupaten/ Kota	Rumah Sakit	Puskesmas	Posyandu	Pustu	Pusling	Poskesdes	Polindes
Sikka	3	23	620	61	23	31	0
Ende	2	24	631	51	24	47	41
Ngada	1	13	328	33	13	42	18
Manggarai	2	21	571	61	17	63	0
Rote Ndao	1	12	366	85	12	6	7
Manggarai Barat	0	15	447	29	16	0	55
Sumba Tengah	1	8	179	19	8	7	30
S. Barat Daya	1	10	364	35	10	27	7
Nagekeo	0	7	251	31	12	9	47
Manggarai Timur	0	20	342	49	19	95	21
Sabu Raijua	1	6	193	57	6	3	1
Malaka *)
Kota Kupang	9	10	297	33	10	5	0
Provinsi NTT	1	0	0	0	0	0	0
Jumlah	43	368	9.368	1.045	332	570	755

Catatan: *) Data masih tergabung dengan Kab. Belu
Sumber: Dinkes NTT, 2014.

Jumlah puskesmas terbanyak ada di Kabupaten Belu, yakni sejumlah 34 unit. Di tingkat desa/kelurahan ada dua macam sarana kesehatan yaitu poskesdes dan poliklinik desa (polindes). Pada tahun 2013 NTT memiliki 570 poskesdes dan 755 polindes. Dengan jumlah desa/kelurahan sebanyak 3.525 berarti di NTT masih banyak desa/kelurahan yang belum memiliki poskesdes dan/atau polindes.²⁹

Derajat dan status kesehatan diindikasikan dengan AKB dan Angka Harapan Hidup (AHH). Data Dinkes NTT menunjukkan AKB di NTT masih relatif tinggi, namun angkanya cenderung menurun dari 15,2 (2011) hingga mencapai 1,41 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2013. Namun persentase bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) justru meningkat dari 4,60 persen

²⁹ *Ibid.*

(2012) menjadi 5,25 persen (2013). Perbaikan status gizi balita ditunjukkan dengan meningkatnya balita dengan status gizi baik dari 74,00 persen pada tahun 2011 menjadi 84,87 persen pada tahun 2013. Namun masih perlu mendapat perhatian karena balita dengan status gizi buruk juga meningkat.³⁰

Tabel 3.5
Indikator Kesehatan NTT, 2011–2013

Uraian	2011	2012	2013
Tempat Pelayanan Kesehatan			
- Rumah Sakit	40	41	43
- Puskesmas	341	348	368
- Posyandu	8.992	9.329	9.368
- Pustu	1.054	1.045	1.045
- Pusling	2.114	2.321	2.332
- Poskesdes	364	594	570
- Polindes	1.292	913	755
Tenaga Medis			
- Dokter	1.096	1.077	601
- Bidan & Perawat	9.756	10.349	8.422
- Lainnya	3.226	3.222	2.650
Kelahiran Bayi			
- Jumlah kelahiran	96.091	97.280	96.168
- % lahir mati	1,52	1,46	1,41
- % Berat lahir rendah (BBLR)	4,80	4,60	5,25
Angka Harapan Hidup (th)	67,76	68,04	68,05

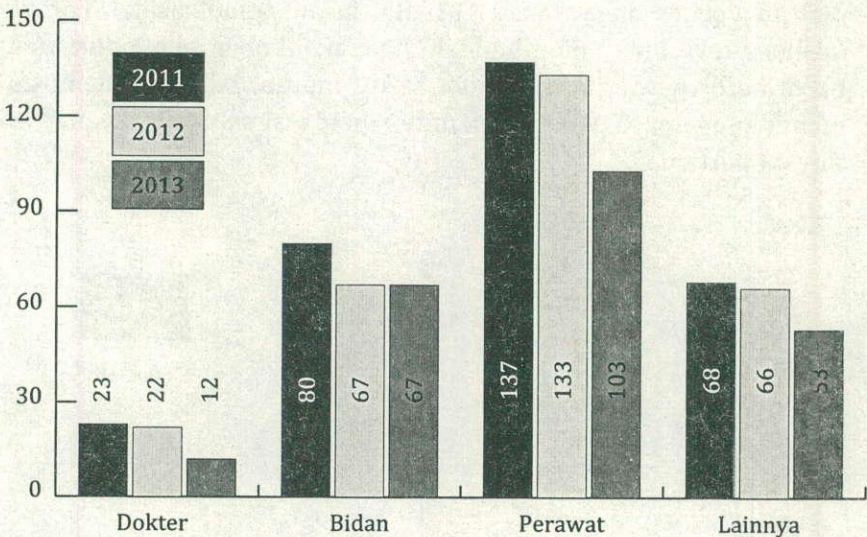
Sumber: BPS NTT, 2014.

AHH merupakan salah satu indikator penilaian derajat kesehatan suatu negara. AHH didefinisikan sebagai perkiraan banyak tahun yang dapat ditempuh oleh seseorang selama hidup (secara rata-rata). Usia harapan hidup penduduk NTT tahun 2013 sebesar 68,05 tahun, meningkat 0,01 dibandingkan tahun yang lalu. Melambatnya peningkatan angka harapan hidup ini menunjukkan

³⁰ *Ibid.*, hlm. 159.

bahwa pelayanan medis dan penyediaan sarana prasarana (infrastruktur kesehatan) serta tenaga medis di NTT masih belum memuaskan, baik secara kuantitas, kualitas maupun distribusinya (Tabel 3.5).³¹

Peningkatan derajat dan status kesehatan penduduk tidak terlepas dari pengaruh ketersediaan dan keterjangkauan tenaga kesehatan. Indikator yang dapat digunakan untuk melihat ketersediaan tenaga kesehatan adalah dengan melihat rasio dokter; bidan/perawat; dan tenaga kesehatan lainnya per 100.000 penduduk. Berdasarkan laporan Dinkes NTT diketahui bahwa selama 3 tahun terakhir jumlah dokter dan tenaga medis lainnya berfluktuasi, sedang tenaga bidan/perawat meningkat secara nyata. Namun secara rasio, cenderung terjadi penurunan rasio tenaga kesehatan.³²



Gambar 3.2
Rasio Tenaga Kesehatan, 2011–2013, (per 100.000 penduduk)

Sumber: BPS NTT, 2014.

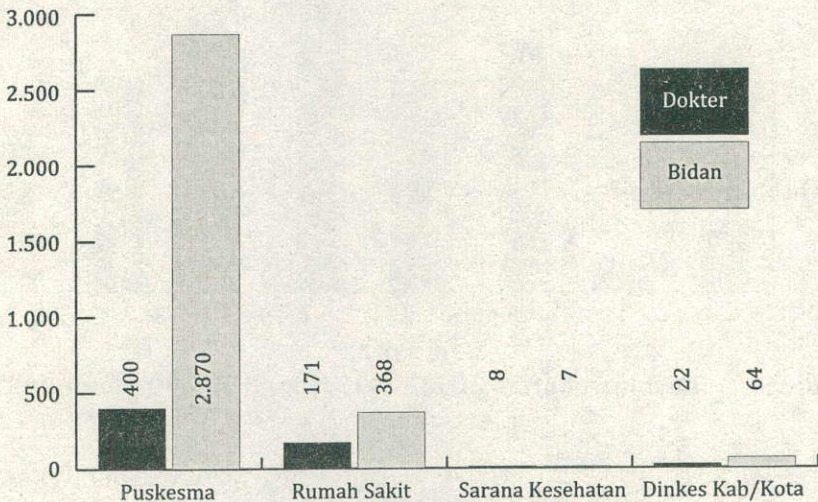
Dari Gambar 3.2 terlihat bahwa rasio ketersediaan tenaga kesehatan di NTT pada tahun 2013 justru menurun dibanding tahun sebelumnya, kecuali untuk bidan di mana nilainya tetap

³¹ Dinas Kesehatan Kota Kupang, *Profil ... 2013, op. cit.*, hlm. 109.

³² *Ibid.*, hlm. 116.

sebesar 67. Selain itu, nilai rasio ini juga lebih rendah dibandingkan target nasional. Dengan mengacu target nasional, pada tahun 2013 NTT masih kekurangan 2.223 dokter; 1.640 bidan; 683 perawat; dan 4.583 tenaga medis lainnya.³³ Setiap tahunnya pemerintah selalu berupaya untuk meningkatkan ketersediaan tenaga pelayan kesehatan, terutama untuk tenaga dokter, perawat dan bidan dalam rangka untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terutama pada daerah-daerah yang terpencil dan terisolir.

Masalah ketersediaan tenaga kesehatan yang dihadapi di NTT selain kuantitas, juga penyebarannya. Berdasarkan data BPS, distribusi tenaga kesehatan sebagian besar berada di puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Hal ini sebenarnya tidak terlalu mengkhawatirkan karena sebagai sumber rujukan berobat bagi penduduk di NTT, puskesmas telah dipercaya oleh mayoritas masyarakat NTT. Hal ini mengindikasikan bahwa fasilitas tersebut cukup mudah dijangkau oleh penduduk dan biaya berobat yang dikeluarkan relatif murah. Dan kenyataan ini mendukung upaya pemerintah untuk memaksimalkan pelayanan di tingkat pertama.



Gambar 3.3
Distribusi Tenaga Kesehatan, 2013

Sumber: BPS NTT, 2014.

³³ Badan Pusat Statistik, *loc. cit.*

Fasilitas kesehatan di NTT paling banyak menangani kasus diare dan malaria, di mana jumlahnya lebih dari 100.000 kasus pada kurun waktu dua tahun terakhir (Tabel 3.6). Kasus diare paling banyak terjadi di Kabupaten Kupang, sementara kasus malaria paling banyak terjadi di Kabupaten Sumba Barat Daya.³⁴

Tabel 3.6
Perkembangan Beberapa Kasus Penyakit, 2012–2013

Jenis Penyakit	2012	2013	Perubahan (%)
HIV/AIDS	513	492	-4,09
IMS	3.781	1.702	-54,99
DBD	1.523	1.727	13,39
Diare	103.804	104.977	1,13
TB	3.950	6.456	63,44
Malaria	112.903	108.084	-4,27

Sumber: BPS NTT, 2014.

Dinkes NTT sangat menyadari bahwa status kesehatan masyarakat sangat ditentukan oleh berbagai determinan penting yang berada di luar kendali bidang kesehatan sepenuhnya seperti faktor lingkungan (40 persen), faktor keturunan (20 persen) dan faktor perilaku (10 persen). Sehingga sesungguhnya kendali bidang kesehatan hanya mempunyai kontribusi sebesar 30 persen saja. Di samping itu masalah kesehatan masyarakat tidak mengenal batas-administrasi pemerintahan (antarkabupaten/kota, antarprovinsi, dan antarnegara). Oleh sebab itu kerja sama lintas bidang dan lintas batas administrasi pemerintahan dalam perencanaan program bersama secara lintas-bidang (*cross-cutting issues*) dan lintas-batas (*crossborder issues*) menjadi prasyarat penting dalam peningkatan status kesehatan masyarakat.³⁵

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, *RPJMD Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2014–2018* (Kupang: Bappeda, 2014, hlm II-26).

IV. PEMBANGUNAN KESEHATAN INDONESIA

Berbagai upaya yang dilakukan Dinkes Kupang dan Dinkes NTT memperlihatkan adanya upaya bersama untuk mengatasi permasalahan kesehatan di wilayahnya masing-masing dalam kerangka pembangunan kesehatan nasional. Pembangunan tersebut pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antarupaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan pada periode sebelumnya.³⁶ Artinya, berbagai upaya yang telah dilaksanakan Dinkes Kupang dan Dinkes NTT, perlu dievaluasi dengan melihat praktik terbaik di setiap wilayah, kemudian dilanjutkan untuk mencapai tujuan bersama.

Pembangunan kesehatan pada periode 2015–2019 dilaksanakan melalui Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.³⁷ Pemerataan pelayanan kesehatan menjadi kata kunci dalam kajian ini, karena dari pengalaman Dinkes NTT dan Dinkes Kupang, salah satu tantangan yang mereka hadapi adalah distribusi tenaga kesehatan.

Secara khusus, terkait dengan JKN, tantangan utama di bidang kesehatan dalam lima tahun ke depan adalah meningkatkan atau perluasan kepersertaan JKN, penyiapan *provider (supply side)* dan pengelolaan jaminan kesehatan untuk mendukung pencapaian sasaran nasional. Upaya mencapai tujuan tersebut di antaranya dilaksanakan melalui pembangunan kesehatan khususnya pelaksanaan Program Indonesia Sehat.

³⁶ Nila Farid Moeloek, *loc. cit.*, hlm. 5.

³⁷ *Ibid.*, hlm. 6.

Dalam kerangka besar, sasaran yang ingin dicapai Program Indonesia Sehat pada RPJMN 2015–2019, adalah:

1. Meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak;
2. Meningkatnya pengendalian penyakit;
3. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan;
4. Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan;
5. Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta
6. Meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.³⁸

Untuk Kota Kupang dan Provinsi NTT, sasaran yang paling penting adalah sasaran kelima, yaitu terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan. Sasaran pokok, jika dilihat berdasarkan skala nasional, antara lain tercermin dari indikator pada Tabel 3.7.

Tabel 3.7
Sasaran Pokok Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional, 2015–2019

No.	Indikator	Status Awal	Target 2019
1.	Meningkatnya Status Kesehatan Ibu dan Anak		
1.	Angka kematian ibu per 100.000 kelahiran	359 (SDKI 2012) 346 (SP 2010)	306
2.	Angka kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup	32 (2012/2013)	24
2.	Meningkatnya Status Gizi Masyarakat		
1.	Prevalensi anemia pada ibu hamil (persen)	37,1 (2013)	28
2.	Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (persen)	10,2 (2013)	8

³⁸ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, *Rancangan Awal RPJMN 2015 – 2019* (Jakarta: Bappenas, 2015, hlm. 97).

Pembangunan Kesehatan di Era JKN

No.	Indikator	Status Awal	Target 2019
3.	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif	38,0 (2013)	50
4.	Prevalensi kekurangan gizi (underweight) pada anak balita (persen)	19,6 (2013)	17
5.	Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) anak baduta (persen)	32,9 (2013)	28
3.	Meningkatnya Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular serta Meningkatnya Penyehatan Lingkungan		
1.	Prevalensi Tuberkulosis (TB) per 100.000 penduduk	297 (2013)	245
2.	Prevalensi HIV pada populasi dewasa (persen)	0,43 (2013)	<0,5
3.	Jumlah kab/kota mencapai eliminasi malaria	212 (2013)	300
4.	Jumlah provinsi mencapai eliminasi kusta	20 (2013)	34
5.	Jumlah kab/kota mencapai eliminasi Filariasis	0	35
6.	Persentase kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan	15,3	40
7.	Prevalensi tekanan darah tinggi (persen)	25,8 (2013)	23,4
8.	Prevalensi kegemukan dan obesitas pada penduduk usia 18+ tahun (persen)	28,9 (2013)	28,9
9.	Prevalensi merokok penduduk usia < 18 tahun	7,2 (2013)	5,4
4.	Meningkatnya Pemerataan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan		
1.	Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 puskesmas terakreditasi	0	5.600
2.	Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang terakreditasi	10	477

Pembangunan Kesehatan di Era JKN

No.	Indikator	Status Awal	Target 2019
3.	Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80 persen imunisasi dasar lengkap pada bayi	71,2	95
5.	Meningkatnya Perlindungan Finansial		
1.	Kepesertaan SJSN kesehatan (persen)	51,2 (Okt. 2014)	95
2.	<i>Unmet need</i> pelayanan kesehatan	7	1
6.	Meningkatnya Ketersediaan, Penyebaran, dan Mutu Sumber Daya Kesehatan		
1.	Jumlah puskesmas yang minimal memiliki 5 jenis tenaga kesehatan	1.920	4.700
2.	Persentase RSUD kab/kota kelas C yang memiliki 7 dokter spesialis	29	39
3.	Meningkatnya jumlah tenaga kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya (kumulatif)	25.000	45.000
7.	Memastikan Ketersediaan Obat dan Mutu Obat dan Makanan		
1.	Persentase ketersediaan obat dan vaksin di puskesmas	75,5	90
2.	Persentase obat yang memenuhi syarat	96,8 (2013)	99,0
3.	Persentase makanan yang memenuhi syarat	87,6 (2013)	90,1

Sumber: Bappenas, 2014.

Pembangunan kesehatan nasional bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan gizi masyarakat pada seluruh siklus kehidupan baik pada tingkat individu, keluarga, maupun masyarakat. Sesuai dengan arah pembangunan jangka panjang yang tercantum dalam RPJPN 2005–2025, pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan antara lain ibu, anak, lansia dan keluarga miskin. Semua pemangku kepentingan, dari tingkat kabupaten/kota

sampai provinsi menyepakati bahwa derajat kesehatan penduduk Indonesia harus ditingkatkan.

Adapun reformasi di bidang kesehatan dan gizi masyarakat terutama difokuskan pada penguatan upaya kesehatan dasar (*primary health care*) yang berkualitas terutama melalui penguatan upaya promotif dan preventif serta pengembangan sistem jaminan sosial nasional bidang kesehatan, penguatan sistem pengawasan obat dan makanan, serta penurunan kematian ibu dan kematian bayi.³⁹

Arah kebijakan pembangunan kesehatan pada tahun 2015–2019 khusus untuk pelaksanaan JKN adalah memantapkan pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional Bidang Kesehatan, melalui:

- Peningkatan cakupan kepesertaan melalui Kartu Indonesia Sehat ke seluruh penduduk secara bertahap;
- Peningkatan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi penyedia layanan sesuai standar antara lain melalui kerja sama antara pemerintah dengan penyedia layanan swasta;
- Peningkatan pengelolaan jaminan kesehatan dalam bentuk penyempurnaan dan koordinasi paket manfaat, penyempurnaan sistem pembayaran dan insentif penyedia layanan, pengendalian mutu dan biaya pelayanan, pengembangan *health technology assesment*, serta pengembangan sistem *monitoring* dan evaluasi terpadu;
- Penyempurnaan sistem pembayaran untuk penguatan pelayanan kesehatan dasar, kesehatan ibu dan anak, insentif tenaga kesehatan di DTPK dan peningkatan upaya promotif dan preventif yang bersifat perorangan;
- Pengembangan berbagai regulasi termasuk *standard guideline* pelayanan kesehatan;
- Peningkatan kapasitas kelembagaan untuk mendukung mutu pelayanan; dan
- Pengembangan pembiayaan pelayanan kesehatan kerja sama pemerintah dengan swasta.⁴⁰

Selain itu, arah kebijakan pembangunan kesehatan juga diupayakan untuk mengembangkan dan meningkatkan efektifitas pembiayaan kesehatan, melalui:

³⁹ *Ibid.*, hlm. 115.

⁴⁰ *Ibid.*, hlm. 120.

- Peningkatan pembiayaan kesehatan publik;
- Peningkatan proporsi pembiayaan kesehatan masyarakat, termasuk pembiayaan upaya promotif dan preventif;
- Peningkatan pelayanan kesehatan perorangan untuk pembiayaan kesehatan masyarakat tidak mampu/miskin; dan
- Peningkatan pembiayaan dalam rangka mendukung pencapaian *universal health coverage*, terutama untuk peningkatan kepesertaan masyarakat tidak mampu dan peningkatan kesiapan *supply side* SJSN Kesehatan.⁴¹

Untuk jaminan kesehatan, pemerintah memberi bantuan iuran bagi penduduk kurang mampu. Sampai akhir 2014, tercatat 88,1 juta jiwa penduduk kurang mampu, termasuk 1,7 juta jiwa Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) telah memperoleh Kartu Indonesia Sehat dan menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI). Perlindungan sosial juga ditujukan bagi pengembangan pemenuhan hak dasar dan lingkungan yang inklusif bagi kelompok masyarakat marjinal yang menghadapi risiko. Kelompok ini terdiri dari penyandang disabilitas, lanjut usia, masyarakat adat, fakir miskin, dan kelompok marjinal lainnya seperti masyarakat adat, orang dengan HIV AIDS (ODHA), mantan narapidana, tuna sosial, serta korban kekerasan, eksploitasi dan NAPZA.⁴²

Periode 2014–2019 adalah periode krusial dalam pelaksanaan JKN, yaitu untuk mencapai *universal health coverage* pada tahun 2019. Agenda utamanya adalah menjamin akses pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh masyarakat terutama masyarakat miskin dan masyarakat di daerah tertinggal. Kartu Indonesia Sehat merupakan bentuk dalam upaya untuk menjamin bahwa seluruh penduduk mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan tanpa hambatan finansial. Kartu Indonesia Sehat menjadi bentuk pelaksanaan JKN dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Kesehatan yang menjamin setiap orang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan.⁴³

⁴¹ *Ibid.*, hlm. 121.

⁴² *Ibid.*, hlm. 50.

⁴³ *Ibid.*, hlm. 32.

Jika dilihat dari persentasenya, maka sampai akhir 2014 telah lebih dari setengah total rumah tangga Indonesia (57,91 persen) yang memiliki jaminan atau dijamin pembiayaan/asuransi kesehatannya. Artinya ada peningkatan dari 53, 87 persen di tahun 2013 (Tabel 3.8).

Tabel 3.8
Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Jaminan
Pembiayaan/Asuransi Kesehatan

Jenis Jaminan	2012	2013
Jamkesmas	27,38	28,41
Jamkesda	6,24	6,91
Jaminan Persalinan	1,07	0,67
JPK PNS/Veteran/ Pensiun	7,08	7,28
JPK Jamsostek	8,22	8,81
Lainnya	3,88	5,83

Sumber: BPS, 2015.

Melalui berbagai asistensi sosial, selama ini pemerintah telah memberikan bantuan tunai, pelayanan dan rehabilitasi sosial, serta pemberdayaan bagi kelompok tersebut. Tantangan utama pelaksanaan program asistensi sosial saat ini adalah keberagaman jenis kerentanan dari berbagai kelompok penduduk, serta lemahnya pendataan. Pada tahun 2013 sebanyak 24,7 juta anak berada di dalam keluarga kurang mampu dan rentan, dan menghadapi risiko ketimpangan, ketelantaran, eksploitasi, dan kekerasan. Demikian pula pada kelompok lansia yang berjumlah 11,98 juta (2012), sebagian besar merupakan perempuan yang memiliki usia hidup lebih lama namun dengan kondisi fisik yang rentan. Saat ini baru 5,9 juta jiwa (2013) lansia kurang mampu yang telah memiliki jaminan kesehatan. Sebagian besar dari mereka belum memiliki jaminan pensiun/hari tua sehingga terpaksa bekerja untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan menghadapi risiko ketelantaran.⁴⁴

⁴⁴ *Ibid.*, hlm. 51.

Selanjutnya, untuk menjamin setiap orang mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, Kartu Indonesia Sehat perlu didukung oleh kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan (sisi suplai) yang memadai yaitu meliputi ketersediaan dan mutu sarana, prasarana alat, obat, dan tenaga kesehatan. Saat ini ketersediaan dan mutu pelayanan kesehatan masih belum memadai. Hingga akhir tahun 2013, baru 3.132 dari 26.998 klinik, praktik dokter/dokter gigi yang bekerja sama sebagai penyedia layanan JKN. Peningkatan fasilitas penyedia layanan menjadi sangat penting untuk mengurangi antrean pelayanan kesehatan yang terjadi. Temuan di Kupang dan NTT memperlihatkan bahwa fasilitas penyedia layanan tingkat pertama telah menjadi pilihan masyarakat karena akses yang mudah dan biaya yang tidak mahal. Kondisi ini perlu diperkuat dengan perbaikan fasilitas dan layanan.

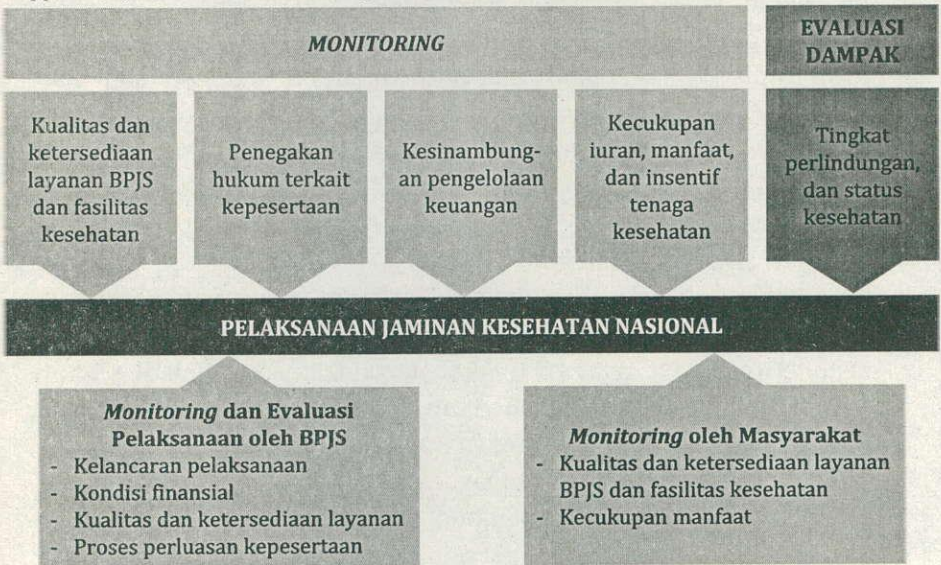
Tingkat kesiapan pada pelayanan kesehatan dasar antara lain jumlah puskesmas yang mempunyai lebih dari 80 persen obat umum baru mencapai 13,2 persen dan yang mampu memberikan pelayanan kefarmasian sesuai standar baru mencapai 25 persen, sementara masih terdapat 9,8 persen puskesmas yang tidak memiliki dokter. Pada fasilitas rujukan, jumlah tempat tidur rawat inap baru mencapai 12,6 per 10.000 penduduk, masih di bawah rekomendasi WHO sebesar 25 per 10.000 penduduk.⁴⁵

Dari sisi pelayanan kesehatan rujukan, sistem rujukan antarfasilitas kesehatan belum terintegrasi, demikian juga dengan informasi data klinis (*medical record*), yang belum sistematis, serta sistem *monitoring* dan evaluasi yang belum terbentuk secara terpadu. Contoh di Kota Kupang, upaya Dinkes untuk merujuk dan bekerja sama dengan RS dr. Soetomo di Jawa Timur dihadapkan pada kendala kejelasan biaya pendamping. Pemerintah telah mencoba mengusulkan skema tersendiri dalam sistem *monitoring* terpadu yang perlu dikaji lebih mendalam (Gambar 3.4).

⁴⁵ *Ibid.*, hlm. 33.

Monitoring dan Evaluasi Dampak Terpadu oleh Pemerintah

Bappenas, DJSN, Kementerian Keuangan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Ketenagakerjaan



Gambar 3.4
Skema Monitoring Terpadu untuk Program JKN

Sumber: Bappenas, 2015.

Sementara itu dalam rangka kendali mutu dan biaya, perlu upaya untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan dan pada saat yang sama menjaga agar tidak terjadi eskalasi pelayanan dan biaya yang tidak perlu sehingga diperlukan sistem penapisan dan penilaian teknologi kesehatan. Pelayanan kesehatan melalui JKN masih sering dipandang sebagai upaya kuratif dan rehabilitatif, sementara itu pemanfaatannya untuk optimalisasi pencapaian prioritas pembangunan kesehatan dan peningkatan pelayanan kesehatan primer, promotif dan preventif belum dilakukan. Pengembangan dan penyempurnaan perlu terus dilakukan dalam pengelolaan pembayaran kepada penyedia layanan, penetapan paket manfaat, penetapan besaran iuran, standar tarif kepesertaan, kontrol biaya serta berbagai *moral hazard* penerapan asuransi. Dengan demikian, JKN menjadi salah satu jalan untuk mendorong berbagai prioritas nasional dan menjadi salah satu media untuk meningkatkan pemerataan pembangunan kesehatan.⁴⁶

⁴⁶ *Ibid.*

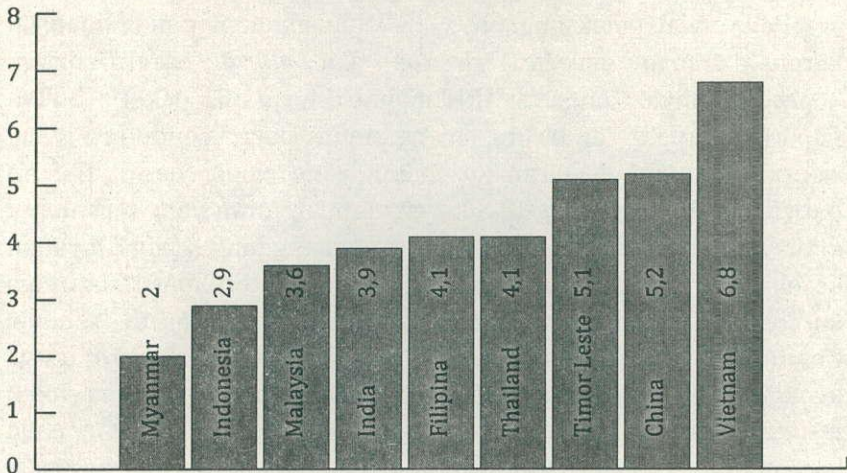
Pada awal pelaksanaannya, JKN menghadapi risiko finansial karena adanya *adverse selection* dan *moral hazard* dalam kepesertaannya. Pendaftar JKN mandiri, terutama pekerja bukan penerima upah cenderung mengumpul pada penduduk yang sakit dengan pengeluaran kesehatan yang cukup besar. Hal ini berisiko pada keuangan BPJS karena jumlah iuran yang terkumpul dikhawatirkan tidak cukup untuk menanggung klaim layanan kesehatan yang harus dibayarkan. Selain itu terdapat risiko juga karena kesinambungan pembayaran iurannya masih rendah. Kemudian, sistem penarifan yang belum sesuai dengan harga keekonomian juga menyebabkan risiko penyimpangan oleh fasilitas kesehatan, seperti pengajuan klaim fiktif. Sedangkan, pada jaminan ketenagakerjaan tantangan kesinambungan finansial terutama pada jaminan pensiun. Perkembangan angka harapan hidup akan memperpanjang masa pembayaran manfaat pensiun, sehingga dikhawatirkan iuran pensiun yang dikumpulkan tidak mencukupi pembayaran seluruh manfaat pensiun.⁴⁷

Kajian tersebut juga ditemui di Kota Kupang khususnya, dan NTT pada umumnya. Untuk itu, tantangan terakhir adalah pembangunan sistem *monitoring* dan evaluasi JKN yang terpadu agar pelaksanaan program dapat senantiasa diperbaiki dan berkesinambungan. Seperti yang telah ditekankan oleh Dinkes NTT, seluruh upaya tersebut merupakan tanggung jawab bersama, sehingga pengawasan yang dilakukan tidak hanya menjadi pekerjaan pemerintah. Perlu diperhitungkan, bahwa saat ini pembiayaan kesehatan pemerintah (*public health expenditure*) baru mencapai USD43 per kapita, atau 1,2 persen dari PDB. Pada tingkat pembiayaan ini, Indonesia termasuk lima negara dengan pembiayaan kesehatan terendah di dunia bersama Sudan Selatan, Pakistan, Chad dan Myanmar (Gambar 3.5). Pembiayaan sektor kesehatan masih belum menjadi prioritas dengan alokasi yang kurang dari lima persen dari APBN sebagaimana amanat UU Kesehatan, jauh di bawah alokasi untuk pendidikan dan subsidi bahan bakar minyak.⁴⁸

⁴⁷ *Ibid.*, hlm. 3-63.

⁴⁸ *Ibid.*, hlm. 30.

Pembangunan Kesehatan di Era JKN



Gambar 3.5
Perbandingan Pembiayaan Kesehatan, 2014

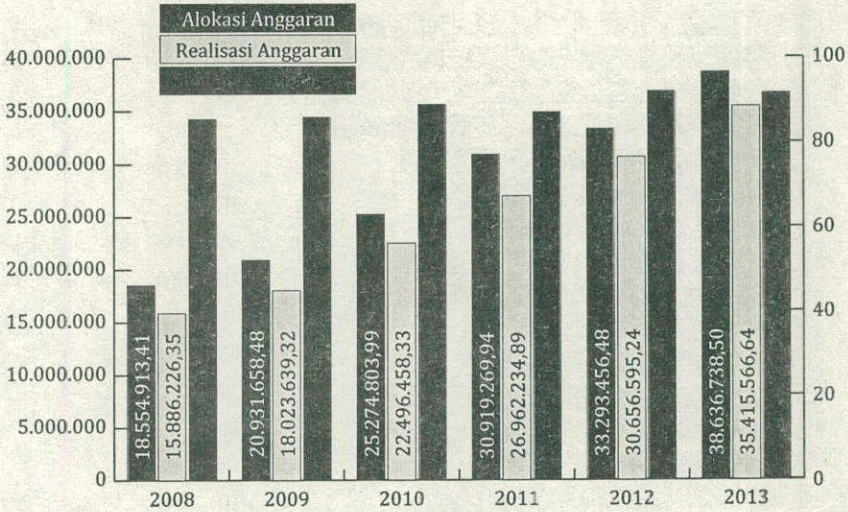
Sumber: *Health Sector Review, 2014* dari *National Health Account*

Alokasi anggaran kesehatan yang dikelola oleh Kemenkes pada tahun 2014 sebesar 38,64 triliun rupiah dengan realisasi sebesar 35,42 triliun rupiah. Besar alokasi maupun realisasi anggaran mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2012, yaitu alokasi sebesar 33,29 triliun rupiah dengan realisasi sebesar 30,66 triliun rupiah. Meskipun dalam hal besaran anggaran mengalami peningkatan, namun persentase realisasi tahun 2013 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2012, yaitu 92,08 persen pada tahun 2012 menjadi 91,66 persen pada tahun 2013.

Gambar 3.6 menunjukkan bahwa terdapat peningkatan alokasi dan realisasi anggaran Kemenkes dalam lima tahun terakhir. Sama halnya dengan peningkatan anggaran kesehatan yang berasal dari APBD kabupaten/kota dan provinsi. Pada Tahun 2008 Kemenkes memiliki alokasi anggaran sebesar 18,55 triliun rupiah dengan realisasi 15,89 triliun rupiah dan persentase realisasi sebesar 85,62 persen, jumlah tersebut meningkat pada tahun 2013 menjadi 38,64 triliun rupiah dengan realisasi sebesar 35,42 triliun rupiah dan persentase realisasi sebesar 91,66 persen.⁴⁹

⁴⁹ Kementerian Kesehatan, *Profil Kesehatan Indonesia 2013* (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2014), hlm. 63.

Pembangunan Kesehatan di Era JKN



Gambar 3.6
Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan, 2008-2013

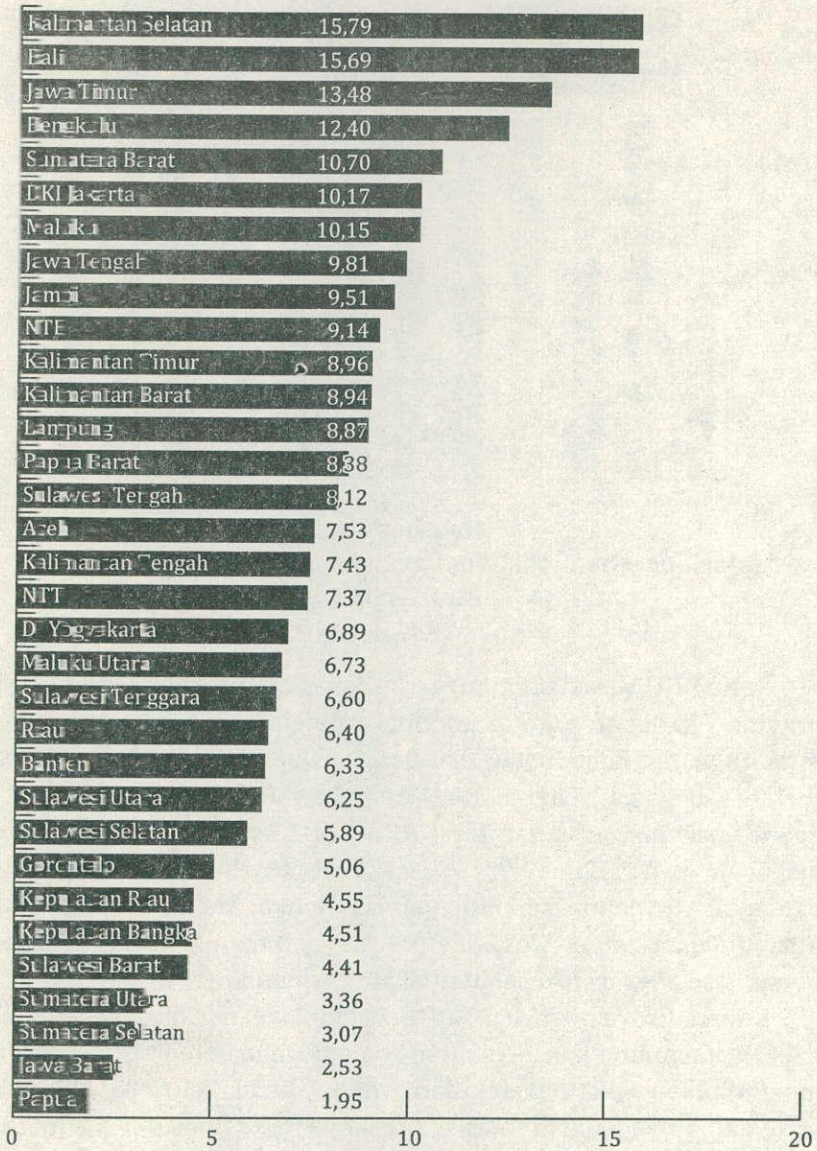
Sumber: Kemenkes, 2014.

Sesuai UU Kesehatan, anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota minimal adalah sepuluh persen dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di luar gaji (belanja pegawai). Persentase anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi terhadap total APBD di 33 provinsi di Indonesia disajikan pada Gambar 3.7 Terdapat tujuh provinsi dengan persentase melebihi sepuluh persen. Jumlah tersebut meningkat dibandingkan tahun 2012 ketika hanya enam provinsi dengan persentase anggaran kesehatan di atas sepuluh persen.

Kompleksnya mekanisme pembiayaan kesehatan di daerah menimbulkan kesulitan dalam manajemen dan sering menimbulkan ketidakefektifan dan ketidakefisienan. Salah satu akibatnya adalah masih tingginya persentase pengeluaran penduduk untuk kesehatan (*out of pocket expenditure*). Di sisi lain peningkatan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan swasta belum diikuti dengan pengawasan dan koordinasi yang baik oleh pemerintah swasta.⁵⁰

⁵⁰ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, *op. cit.*, hlm. 33.

Pembangunan Kesehatan di Era JKN



Gambar 3.7
Persentase Anggaran Kesehatan terhadap APBD menurut
Provinsi di Indonesia, 2013

Sumber: Kemenkes, 2014.

Isu lain terkait dengan efisiensi alokasi dan efisiensi teknis (*allocative and technical efficiency*). Pada tahun 2014, misalnya hanya 15 persen alokasi JKN yang dimanfaatkan untuk kesehatan dasar. Belanja sektor kesehatan sebagian besar digunakan untuk pembiayaan yang bersifat kuratif dan hanya 8,5 persen untuk pencegahan dan kesehatan masyarakat. Terkadang upaya efisiensi dan efektivitas dilakukan dengan mengubah bentuk organisasi pelayanan kesehatan seperti yang diupayakan di Kota Kupang agar seluruh fasilitas kesehatan menjadi BLUD.

Sementara di rumah sakit, *bed occupancy ratio* (BOR) Indonesia masih rendah yaitu 66 persen dibandingkan dengan negara OECD yang mencapai 78 persen. Pengeluaran untuk obat program asuransi Askes mencapai 34 persen dari total pengeluaran, sementara di negara-negara maju, pengeluaran obat hanya berkisar 10–20 persen. Sejalan dengan pelaksanaan JKN, model pembelanjaan kesehatan seperti ini, diperkirakan dapat berimplikasi pada semakin lebarnya kesenjangan pembiayaan kesehatan yang akan lebih memihak pada daerah dengan tingkat utilisasi rawat inap yang tinggi di daerah perkotaan dan Pulau Jawa karena kelengkapan sumber daya untuk melayani pasien rawat inap. Oleh karena itu peningkatan pengeluaran kesehatan sebagai konsekuensi dari pelaksanaan JKN, transisi epidemiologi, dan peningkatan teknologi kesehatan perlu ditangani dengan baik.⁵¹

V. PENUTUP

Pemerintah melalui Kemenkes telah berupaya melaksanakan pembangunan kesehatan secara lebih terstruktur berdasarkan pedoman yang telah disusun dalam berbagai dokumen negara. Pada praktiknya, daerah diberikan kebebasan untuk mengadopsi dan menerjemahkan kebijakan nasional sesuai dengan kebutuhan di masyarakat dan ketersediaan sumber daya yang ada.

Kota Kupang dan Provinsi NTT melaksanakan pembangunan kesehatan di daerahnya berdasarkan rancangan pembangunan berkala, yaitu Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah 2013–2017. Di tengah perjalanan mengimplementasikan rencana

⁵¹ *Ibid.*, hlm. 31.

yang sejak awal juga berpedoman pada Renstra Kemenkes terdahulu, kebijakan baru yang diberlakukan, yaitu JKN dan kemudian Program Indonesia Sehat, disesuaikan dengan kemampuan daerah di bidang anggaran dan sumber daya manusia. Dinkes NTT, dan terutama Dinkes Kupang, tergolong berani melakukan gebrakan di bidang kesehatan. Selalu ada upaya agar NTT keluar dari kondisi kesehatan yang berada di urutan kedua terakhir secara nasional.

Di separuh perjalanan pengimplementasian rencana kegiatan Dinkes Kupang dan Dinkes NTT (2015), sudah sewajarnya ada evaluasi terhadap berbagai kegiatan dan upaya yang telah dilaksanakan untuk penyempurnaan pelaksanaan rencana awal. Selain itu perlu ada juga penyesuaian program dengan target nasional JKN dan Program Indonesia Sehat. Permasalahan utama di Kota Kupang adalah sumber daya manusia, seperti ketersediaan dan juga rasio tenaga kesehatan, guna penguatan pelayanan kesehatan.

Upaya yang dapat disarankan adalah pemenuhan tenaga kesehatan terutama di tingkat fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas, klinik, dan dokter praktik mandiri. Seiring dengan pemenuhan tenaga kesehatan, diperlukan juga peningkatan mutu. Kesemuanya itu memerlukan dukungan anggaran yang tidak hanya berasal dari APBN, tetapi juga dari APBD dan jika dimungkinkan dari kemampuan berbagai fasilitas kesehatan untuk swakelola anggaran yang tidak melanggar undang-undang.

DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Dokumen

- Bacan Perencana Pembangunan Nasional. 2013. *Evaluasi Paruh Waktu RPJMN, 2010–2014*. Jakarta: Bappenas.
- Bacan Perencana Pembangunan Nasional. 2015. *Rancangan Awal Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015–2019*. Jakarta: Bappenas.
- Bacan Perencanaan Pembangunan Daerah. 2014. *RPJMD Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2014–2018*. Kupang: Bappeda.
- Bacan Pusat Statistik. 2014. *Statistik Daerah Kota Kupang*. Kupang: BPS Kupang.
- Bacan Pusat Statistik. 2015. *Nusa Tenggara Timur Dalam Angka 2014*. Kupang: BPS NTT.
- Departemen Kesehatan. 2008. *Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Kota Kupang. 2012. *Profil Kesehatan Kota Kupang 2012*. Kupang: Dinas Kesehatan Kota Kupang.
- Dinas Kesehatan Kota Kupang. 2013. *Profil Kesehatan Kota Kupang 2013*. Kupang: Dinkes Kupang.
- Dinas Kesehatan Kota Kupang. 2013. *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Kupang 2013–2017*. Kupang: Dinkes Kupang.
- Kementerian Kesehatan. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. 2014. *Rancangan Teknokratik Renstra Kementerian Kesehatan 2015–2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015–2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat. 2012. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012–2019*. Jakarta: Kemkokesra.

- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan dan Universitas Indonesia Consulting. 2012. *Memberikan Jamkesmas kepada yang Berhak*. Jakarta: TNP2K.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2011. *Kajian Paket Manfaat dan Estimasi Biaya Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: TNP2K.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2011. *Menakar Paket Manfaat yang Pas untuk Sebuah Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: TNP2K.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2014. *Laporan Hasil Spot Check Antrian Peserta JKN-BPJS di RS Jabodetabek*. Jakarta: TNP2K.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2014. *Panduan Teknis Penggunaan Instrumen Penghitungan Estimasi Iuran PBI JKN*. Jakarta: TNP2K.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2014. *Panduan Teknis Perhitungan Estimasi Iuran PBI JKN*. Jakarta: TNP2K.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2014. *Studi Deskriptif Mengenai Kepesertaan Jamkesmas 2013 hingga menjadi PBI*. Jakarta: TNP2K.

Makalah dan Wawancara

- Moeloek, Nila Farid, "Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat", Makalah Pertemuan Koordinasi Pengelola Pendidikan Tenaga Kesehatan, Jakarta, 22-24 April 2015.
- Putra, I Wayan Ari Wijana S., Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang, Wawancara Mei 2015.

Website

- Kementerian Kesehatan, "24 Indikator Kesehatan dalam IPKM", <http://www.depkes.go.id/article/print/1337/24-indikator-kesehatan-dalam-ipkm.html> diakses 20 September 2015.

LAYANAN KESEHATAN JIWA DASAR DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

oleh: Elga Andina

I. PENDAHULUAN

Puskesmas Sikumana terdiri dari tiga bangunan berbeda. Satu bangunan tua diperuntukkan bagi pasien rawat jalan. Sebuah rumah di sampingnya kemudian dialihfungsikan sebagai kantor administrasi manajemen puskesmas. Baru-baru ini di seberang jalan dibangun gedung baru untuk fasilitas rawat inap. Kompleks tersebut bahkan tidak memiliki pagar untuk menghalau ternak warga mendekati lokasi penyelenggaraan layanan kesehatan. Meski begitu, puskesmas ini telah aktif memberikan layanan kesehatan di bawah skema pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan Badan Pengelola Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS), BPJS memiliki tugas untuk mengelola jaminan kesehatan. Hampir semua pasien yang berobat di Puskesmas Sikumana adalah peserta JKN, sehingga prosedur pelayanan yang diberikan merujuk pada pelaksanaan JKN yang telah ditetapkan oleh pemerintah pusat. Meskipun mereka adalah peserta JKN, namun kartu berobat yang digunakan masih menggunakan kartu lama yaitu kartu Jamkesmas dan kartu Jamkesda. Hal ini dikarenakan memang administrasi BPJS belum menjangkau seluruh masyarakat dengan pencetakan kartu untuk mereka. Hal ini sangat bisa dimengerti, mengingat BPJS yang berlaku secara nasional tersebut baru beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014.

Dengan diberlakukannya sistem JKN tumbuhlah harapan akan meningkatnya akses layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. BPJS Kesehatan membawa visi untuk mencapai cakupan semesta, yaitu paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia telah 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.

Era JKN memberikan penegasan pada sistem rujukan untuk mendapatkan pelayanan berjenjang. Cara ini mendorong agar fasilitas kesehatan (faskes) tingkat pertama (Tk.I) memiliki peran dominan dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat. Faskes Tk.I memang yang paling dekat dengan masyarakat, oleh karena itu lebih mudah dijangkau, salah satunya adalah pusat kesehatan masyarakat (puskesmas). Puskesmas dibangun di kecamatan, sehingga menjangkau masyarakat dalam satu kawasan yang berpenghuni 30.000–50.000 jiwa. Dalam menjalankan tugasnya, puskesmas dilengkapi dengan peralatan serta tenaga medis untuk melakukan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

Permasalahan klasik menyangkut sumber daya manusia puskesmas yang tidak pernah cukup dan sarana prasarana yang kurang memadai telah menjadi momok dalam upaya pelayanan kesehatan dasar di Indonesia. Saat ini, baru dokter umum yang ditempatkan di puskesmas. Dengan keterbatasan tenaga dan kompetensi, mereka dituntut untuk menangani pasien, termasuk yang memiliki masalah psikologis. Padahal, tidak semua berkompentensi dalam bidang itu, bahkan tidak semua puskesmas memiliki dokter. Selain itu, puskesmas perlu dilengkapi dengan peralatan serta tenaga medis untuk melakukan UKM dan UKP. Akan tetapi, jumlah puskesmas saja masih belum memadai jika dibandingkan dengan jumlah penduduk yang mencapai 250 juta. Jumlah yang belum memadai itu berkorelasi terhadap kemampuan pemerintah memberikan layanan kesehatan jiwa kepada masyarakat.

Kekurangan tersebut jelas memengaruhi kemampuan pemerintah memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Ketika BPJS Kesehatan menetapkan penyakit-penyakit yang harus dilayani faskes Tk. I, mulai terjadi masalah. Banyak pasien protes karena yang sebelumnya lebih memilih untuk dilayani di rumah sakit, sekarang harus berobat ke puskesmas.

Di antara 144 penyakit tersebut, ada dua penyakit psikologis yang harus dilayani puskesmas. Meskipun pelayanan kesehatan jiwa adalah salah satu fungsi pelayanan puskesmas, pada kenyataannya layanan tersebut minim dilakukan. Selain karena rendahnya perhatian masyarakat tentang gangguan kejiwaan, sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa lebih susah disuplai. Di Indonesia tidak hanya kurang dalam hal fasilitas pelayanan kesehatan jiwa, tenaga profesional kesehatan jiwa juga sangat sedikit jumlahnya. Ketika di tahun 2011 jumlah penduduk Indonesia sudah mencapai 241 juta jiwa, jumlah psikiater yang ada hanya sekitar 600 orang atau 2,49 psikiater untuk 1 juta penduduk dari jumlah penduduk dan jumlah psikolog klinis masih sekitar 365 orang (1,51 psikolog klinis untuk 1 juta penduduk).¹ Kondisi ini berbeda dengan Thailand yang jumlah psikiaternya adalah 6,6 psikiater untuk satu juta penduduk.

Selain jumlahnya yang sedikit, penyebaran sumber daya kesehatan di bidang kesehatan jiwa tersebut juga tidak merata. Dari 600 orang tenaga psikiater di atas, sekitar dua pertiganya berada di Pulau Jawa, sedangkan sepertiga sisanya tersebar di seluruh Indonesia. Dari dua pertiga jumlah psikiater yang ada di Pulau Jawa, setengahnya berada di Jakarta. Para profesional di bidang kesehatan jiwa ini bahkan belum ditempatkan di fasilitas kesehatan dasar, yang menyebabkan kasus-kasus psikiatri hanya bisa ditangani oleh dokter puskesmas.

Padaahal, menurut Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (UU Keswa), puskesmas bertugas melakukan pelayanan kesehatan jiwa dasar dalam rangka melaksanakan upaya kesehatan jiwa yang terintegrasi. Penelitian tim Kesejahteraan Sosial Pusat Pengkajian dan Pengolahan Data dan Informasi Sekretariat Jenderal DPR RI di Kota Kupang dan

¹ DPR RI. Naskah Akademik Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. (tidak dipublikasikan)

Pekanbaru pada tahun 2015² menemukan bahwa puskesmas di kedua kota tersebut masih belum dapat melakukan pelayanan kesehatan jiwa dasar sesuai dengan tuntutan BPJS. Lebih jauh lagi, di dua puskesmas yang dikunjungi tidak dijumpai sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa selain dokter umum.

Pelayanan kesehatan jiwa semakin dibutuhkan mengingat tingginya prevalensi gangguan kejiwaan di Indonesia. Bahkan dalam penelitian di tahun 2010 ditemukan bahwa 31,8 persen pasien yang datang ke puskesmas memenuhi diagnosis gangguan kesehatan jiwa.³ Oleh karena itu, peranan puskesmas sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan jiwa perlu ditingkatkan.

II. FUNGSI PUSKESMAS

Saat ini Kementerian Kesehatan (Kemenkes) mencatat ada 9.671 puskesmas di seluruh Indonesia, di mana 3.321 di antaranya adalah puskesmas perawatan dan 6.350 sisanya berstatus nonperawatan.⁴ Angka yang berbeda dirilis oleh BPJS Kesehatan di mana hingga tanggal 26 Juni 2015 tercatat ada 9.808 puskesmas yang memberikan layanan kesehatan tingkat pertama.

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berfungsi untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

² Kegiatan lapangan Penelitian Kelompok Tim Bidang Kesejahteraan Sosial pada Pusat Pengkajian Pengolahan Data dan Informasi Sekretariat Jenderal DPR RI dilaksanakan pada bulan April dan Mei 2015 di Kota Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Kota Pekanbaru Provinsi Riau.

³ Dan Hidayat, Elly Ingkiriwang, Andri, Evalina Asnawi, Ratna Surya Widya, dan Djap Hadi Susanto, "Penggunaan Metode Dua Menit (M2M) dalam Menentukan Prevalensi Gangguan Jiwa di Pelayanan Primer", *Majalah Kedokteran Indonesia*, 2010, hlm. 452.

⁴ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. "Rekapitulasi Puskesmas" <http://www.bankdata.depkes.go.id/puskesmas/>, diakses 3 Juli 2015.

Pelayanan medis tingkat pertama tersebut meliputi:

1. Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama;
2. Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan;
3. Kasus medis rujuk balik;
4. Pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama;
5. Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter;
6. Rehabilitasi medik dasar;
7. Rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama;
8. Rawat inap pada pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi;
9. Rawat inap pada pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi puskesmas poned;
10. Rawat inap pada pertolongan neonatal dengan komplikasi; dan
11. Rawat inap pada pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi fasilitas kesehatan dan/atau kebutuhan medis.

Ide lahirnya puskesmas dimulai dari Konsep Bandung (*Bandung Plan*) yang dicetuskan oleh dr. Y. Leymena dan dr. Patah. Konsep ini secara garis besar menegaskan bahwa pelayanan kesehatan kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan. Mengacu pada konsep ini, di tahun 1967 dirumuskan program kesehatan masyarakat terpadu, di mana dikenal puskesmas tipe A, tipe B, dan tipe C. Puskesmas tipe A dikelola oleh dokter, sedangkan tipe B hanya paramedis. Kemudian, tipe B dan C dihapuskan pada tahun 1970 karena puskesmas tipe B dan tipe C tidak dipimpin dokter secara penuh atau sama sekali tidak ada tenaga cokternya, sehingga dirasakan sulit untuk mengembangkannya. Dengan begitu, mulai tahun 1970 ditetapkan hanya satu macam puskesmas dengan wilayah kerja tingkat kecamatan dengan jumlah penduduk 30.000 sampai 50.000 jiwa orang penduduk. Konsep wilayah kerja puskesmas ini dipertahankan sampai akhir Pelita tahap II tahun 1979.

Sesuai dengan perkembangan dan kemampuan pemerintah, maka dikeluarkan Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 5 Tahun 1974, Nomor 7 Tahun 1975 tentang Program Bantuan Pembangunan, dan Inpres No. 4 Tahun 1976 tentang Program Bantuan Pembangunan yang menyebabkan pembangunan dan penempatan tenaga dokter di seluruh pelosok tanah air. Oleh karena itu, sejak Pelita III maka konsep wilayah diperkecil menjadi lokasi dengan jumlah penduduk 30.000 jiwa saja. Kemudian dirintis pula pembangunan puskesmas di daerah kelurahan/desa sejak tahun 1979. Untuk menghubungkan dan mengkoordinasi kegiatan antarpuskesmas ditunjuklah puskesmas induk dan puskesmas yang dikelolanya disebut puskesmas pembantu. Pembagian wilayah kerja puskesmas bisa didasarkan area kecamatan, faktor kepadatan penduduk, luas wilayah, keadaan goeografis dan keadaan infra struktur lainnya.

Puskesmas harus bertanggung jawab untuk setiap masalah kesehatan di wilayah kerjanya walau wilayah kerjanya itu mempunyai lokasi yang berkilo-kilo meter dari puskesmas. Dengan asas inilah puskesmas dituntut untuk mengutamakan pencegahan penyakit. Oleh karena itu, puskesmas harus secara aktif terjun ke masyarakat dan bukan menunggu kunjungan masyarakat saja.

Sesuai dengan konsep di atas, puskesmas seharusnya bukan hanya tempat orang berobat. Jika dianalogikan, puskesmas seperti mesjid, tempat segala aktivitas yang berkaitan dengan peningkatan kualitas kesehatan dasar dilakukan. Sudah sewajarnya puskesmas dilengkapi fasilitas dan sumber daya memadai yang dapat melaksanakan fungsi multidimensi tersebut.

III. LAYANAN KESEHATAN JIWA DASAR

Sebagian besar masyarakat masih memandang permasalahan kesehatan jiwa bukan permasalahan medis. Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) sering kali dianggap sebagai kerasukan setan, hukuman karena pelanggaran sosial atau agama, kurang minat atau semangat, dan pelanggaran norma sosial. Karena anggapan inilah penanganan ODGJ masih banyak dilakukan dengan melibatkan hal-hal yang bersifat supranatural dengan praktik pengekangan, misalnya pemasungan. Selain itu, masih banyaknya

stigma di masyarakat terhadap ODGJ menyebabkan pelanggaran terhadap hak-hak ODGJ, termasuk pengucilan dan ejekan yang diterima ODGJ dan keluarganya.⁵

Berdasarkan Pasal 33 UU Keswa, upaya kesehatan jiwa dilakukan dengan sistem pelayanan kesehatan jiwa yang berjenjang dan komprehensif. Sistem ini menyesuaikan dengan sistem kesehatan berjenjang, yaitu pelayanan kesehatan jiwa dasar dan pelayanan kesehatan jiwa rujukan. Sejatinya pelayanan kesehatan jiwa dasar yang dilakukan oleh puskesmas sudah termasuk dalam enam program pembinaan upaya kesehatan Kemenkes sepanjang tahun 2015–2019,⁶ yaitu:

1. Pembinaan Upaya Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan
Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya pemerataan, mutu pelayanan penunjang medik, sarana prasarana dan peralatan kesehatan.
2. Pembinaan Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik
Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya mutu dan akses pelayanan keperawatan, kebidanan dan keteknisian medik.
3. Pembinaan Upaya Kesehatan Dasar
Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas bagi masyarakat.
4. Pembinaan Upaya Kesehatan Rujukan
Sasaran kegiatan ini adalah tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan rujukan berkualitas yang dapat dijangkau oleh masyarakat.
5. Pembinaan Pelayanan Kesehatan Jiwa
Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya mutu dan akses pelayanan kesehatan jiwa dan NAPZA.
6. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya Pada Program Pembinaan Upaya Kesehatan
Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program pembinaan upaya kesehatan.

⁵ DPR RI, Naskah Akademik Undang-Undang No.18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, (tidak dipublikasikan).

⁶ Kementerian Kesehatan, *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015–2019*, (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2015).

Untuk melakukan pembinaan pelayanan kesehatan jiwa di atas, Kemenkes telah menetapkan beberapa indikator kinerja, sebagai berikut:

1. Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) Institusi Penerima Wajib Laport (IPWL) pecandu narkoba yang aktif sebesar 50 persen.
2. Jumlah kabupaten/kota yang memiliki puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa sebanyak 280 kabupaten/kota.
3. Persentase rumah sakit umum rujukan regional yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa/psikiatri sebesar 60 persen.

Pada kenyataannya, pelayanan kesehatan jiwa tidak dapat diakses di setiap fasilitas kesehatan. Upaya pemerintah dalam menyediakan rumah sakit khusus masih dibatasi oleh kemampuan finansial dan animo pemerintah daerah. Hingga tahun 2013 hanya ada 32 rumah sakit khusus kesehatan jiwa milik pemerintah dan 16 rumah sakit khusus kesehatan jiwa swasta, yang tidak tersebar merata di seluruh provinsi. Menurut data Kemenkes tahun 2013, ada delapan provinsi di Indonesia yang belum memiliki rumah sakit jiwa. Kebanyakan di antaranya adalah provinsi-provinsi baru hasil pemekaran. Dr. Diah Setia Utami, Sp.KJ, MARS, Direktur Bina Kesehatan Jiwa Kemenkes menyebutkan delapan provinsi yang belum memiliki rumah sakit khusus kesehatan jiwa antara lain provinsi Kepulauan Riau, Banten, Sulawesi Barat, Maluku Utara, Gorontalo, NTT, Papua Barat, Kalimantan Utara.⁷

Pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit umum pun terbatas. Dari 1.678 rumah sakit umum yang terdata, hanya sekitar dua persen yang memiliki layanan kesehatan jiwa. Hanya 15 rumah sakit dari 441 rumah sakit umum daerah milik pemerintah kabupaten/kota yang memiliki layanan psikiatri. Kondisi serupa terjadi pada puskesmas, di mana hanya 1.235 puskesmas yang memberikan layanan kesehatan jiwa dari sekitar 9.000 puskesmas di seluruh pelosok Indonesia.⁸

Padahal gangguan jiwa adalah sebuah kondisi yang semakin banyak ditemui di lapangan. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)

⁷ DPR RI, *loc. cit.*

⁸ *Ibid.*

2013⁹ menyimpulkan prevalensi gangguan mental emosional sebesar 6,0 persen. Gangguan mental emosional adalah istilah yang sama dengan distres psikologik dan dapat terjadi pada semua orang pada keadaan tertentu. Perbedaannya dengan gangguan jiwa berat adalah bahwa gangguan mental emosional dapat dipulihkan ke keadaan semula. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, D.I. Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur. Angka prevalensi tersebut sedikit menurun dari hasil Riskesdas tahun 2007, yang menyebutkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional berupa depresi dan cemas pada masyarakat berumur di atas 15 tahun di Indonesia mencapai 11,6 persen. Jika jumlah penduduk pada kelompok umur tersebut tahun 2010 ada 169 juta jiwa, maka jumlah penderita gangguan jiwa ringan, yang selanjutnya disebut dengan istilah Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) adalah sebanyak 19,6 juta orang.

Gangguan mental emosional merupakan masalah kejiwaan yang dapat dialami semua orang. Dengan meningkatnya tuntutan hidup, maka faktor-faktor yang dapat memicu gangguan mental emosional (*stressor*) ikut bertambah. Gangguan mental emosional yang dibiarkan berlarut-larut dapat mengendap dan menimbulkan permasalahan kesehatan yang lebih serius, seperti gangguan jiwa berat.

Untuk mencegah masalah kejiwaan menjadi gangguan kejiwaan, maka dibutuhkan upaya preventif dan promotif. Di sinilah peran puskesmas sebagai fasilitas kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat. Sesuai dengan Pasal 7 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat di mana dalam menyelenggarakan fungsi advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan, puskesmas berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.

Upaya promotif diartikan sebagai suatu kegiatan dan/atau rangkaian kegiatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa yang bersifat promosi kesehatan jiwa, dengan tujuan:¹⁰

⁹ Kementerian Kesehatan, *Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas* (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2013).

¹⁰ Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

1. Mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat secara optimal;
2. Menghilangkan stigma, diskriminasi, pelanggaran hak asasi ODGJ sebagai bagian dari masyarakat;
3. Meningkatkan pemahaman dan peran serta masyarakat terhadap kesehatan jiwa; dan
4. Meningkatkan penerimaan dan peran serta masyarakat terhadap kesehatan jiwa.

UU Keswa menyarankan bahwa untuk mencapai tujuan upaya promotif serta memperkuat sistem pelayanan kesehatan jiwa secara menyeluruh, upaya promotif kesehatan jiwa dapat dilakukan secara terintegrasi dengan upaya promotif kesehatan lain. Pengintegrasian ini tidak lain bertujuan agar kebijakan program pelayanan yang dikeluarkan oleh masing-masing upaya promotif kesehatan dapat saling mendukung serta terpadu satu sama lain. Contohnya, upaya promotif dalam penyelenggaraan program acara seminar tentang penyakit gastritis yang dikaitkan dengan kesehatan jiwa atau pengaruh rokok terhadap kesejahteraan mental.

Sedangkan, yang dimaksud dengan upaya preventif adalah suatu kegiatan untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan dan gangguan jiwa, yang bertujuan untuk:

1. Mencegah terjadinya masalah kejiwaan;
2. Mencegah timbulnya dan/atau kambuhnya gangguan jiwa;
3. Mengurangi faktor risiko akibat gangguan jiwa pada masyarakat secara umum atau perorangan; dan/atau
4. Mencegah timbulnya dampak masalah psikososial.

Masalah kejiwaan dapat terjadi di mana saja dan kapan saja, bahkan sering kali tidak dapat dideteksi oleh penderita. Menurunnya kondisi kehidupan merupakan sumber stres yang membuat manusia kehilangan kontrol atas kesehatan jiwanya. Oleh karena itu, untuk mencegah terjadinya gangguan kejiwaan, puskesmas perlu secara aktif menyodorkan informasi mengenai cara-cara hidup sehat mental. Upaya ini paling mudah dilakukan ketika bertemu pasien yang berkunjung ke puskesmas, di mana sumber daya manusia di puskesmas perlu melakukan interaksi positif untuk mengembangkan kondisi mental pasien yang sehat.

Sayangnya, yang banyak ditemui adalah pola pelayanan kesehatan yang tidak berprinsip pada upaya preventif kesehatan jiwa. Pelayanan kesehatan sering kali menikmati stigma negatif karena pelayanan yang buruk dan lama membuat pasien menderita. Belum lagi kurang ramahnya petugas yang memberikan beban psikis tambahan kepada pasien. Akibatnya, aktivitas di puskesmas malah menjadi beban bagi pasien, sehingga menyebabkan pasien merasa tidak puas dan mudah mengalami stres. Padahal, kondisi lingkungan layanan kesehatan menjadi daya dukung psikologis bagi proses penyembuhan.

Tidak dapat dipungkiri bahwa pasien sering memperlihatkan sikap dan perilaku negatif. Tidak mudah untuk mengelola emosi ketika sedang menderita sakit. Tidak jarang hal ini direspons dengan cara yang sama oleh petugas faskes, yang menunjukkan rendahnya empati terhadap pasien.

Berbagai penelitian menghubungkan empati dengan meningkatnya kepuasan pasien, hasil yang lebih baik, penurunan *burnout* dokter, dan menurunnya risiko malpraktik dan eror. Empati berbeda dengan simpati, di mana empati adalah kemampuan untuk mengambil posisi pasien dan menyampaikan serta memahami situasi pasien, berikut kemauan untuk membantu.¹¹

Empati merupakan elemen yang dibutuhkan untuk membuat orang merasa dihargai, sehingga ia dapat menumbuhkan kepercayaan diri. Sebagaimana teori kebutuhan Maslow yang terkenal, manusia memiliki kebutuhan untuk dicintai dan mencintai, kemudian untuk merasa dihargai (*self esteem*). Penelitian Michalman, *et al.*¹² menemukan bahwa *self esteem* berpengaruh terhadap perilaku sosial dan kesehatan yang lebih baik, dan bahwa *self esteem* yang rendah berasosiasi dengan gangguan mental dan masalah sosial yang luas, baik masalah internal (misalnya depresi, dorongan bunuh diri, gangguan makan

¹¹ Sarah G Broodman, "How to teach Doctors Empathy", <http://www.theatlantic.com/health/archive/2015/03/how-to-teach-doctors-empathy/387784/>, diakses 3 Juli 2015.

¹² Michal (Michelle) Mann, Clemens M. H. Hosman, Herman P. Schaalma, dan Nanne K. de Vries, "Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion", *Health Education Research*, Vol. 19 No. 4 2004.

dan kecemasan) maupun masalah eksternal (seperti kekerasan dan penyalahgunaan zat).

Oleh karena itu, salah satu kompetensi komunikasi yang perlu dikembangkan dalam upaya pelayanan kesehatan adalah kemampuan mengontrol emosi agar tetap dapat melayani meski menghadapi pasien yang tidak ramah. Ini perlu menjadi *Key Performance Indicator* (KPI) sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa dalam melakukan upaya preventif kesehatan jiwa.

Di era JKN, puskesmas memiliki dana kapitasi yang dapat digunakan untuk melakukan kegiatan nonkuratif sebagai upaya memelihara kesehatan masyarakat sekitar. JKN tampak mendorong tugas promosi dan preventif puskesmas.

IV. PENYAKIT PSIKIATRI YANG HARUS DILAYANI DI PUSKESMAS

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Standar Kompetensi Dokter Indonesia yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia,¹³ pelayanan dasar di puskesmas harus dapat menangani permasalahan psikiatri tertentu.

BPJS menetapkan dan penyakit psikiatrik yang harus dilayani di puskesmas,¹⁴ yaitu:

1. Gangguan *Somatoform*

Di dalam IDC 10, gangguan ini dimasukkan dalam kategori F.45. Gangguan *somatoform* merepresentasikan kondisi di mana gejala multipel yang melibatkan berbagai sistem organ tidak dapat dijelaskan secara medis.

Menurut ICD 10, penderita memiliki faktor genetik dalam transmisi gangguan ini. Selain itu, dihubungkan pula dengan adanya penurunan metabolisme (hipometabolisme) suatu zat tertentu di *lobus frontalis* dan *hemisfer nondominan*.

¹³ Konsil Kedokteran Indonesia, *Standar Kompetensi Dokter Indonesia* (Edisi kedua) (Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia, 2012).

¹⁴ PDMMI, "Daftar Nama Penyakit yang Harus Dapat Ditangani di Layanan Primer (Tidak Boleh Dirujuk)," <http://pdmmi.org/wp-content/uploads/2014/05/4.-DAFTAR-NAMA-PENYAKIT-YANG-HARUS-DAPAT-DITANGANI-DI-LAYANAN-PRIMER.pdf>, diakses 28 Agustus 2015.

Gangguan *somatoform* diubah menjadi *somatic symptom and related disorders* dalam *Diagnostic and Statistical Manual V* (DSM-5) yang memberikan perubahan signifikan pada kriteria untuk menghapus ambiguitas dalam ketentuan gangguan *somatoform*.

2. Insomnia

Insomnia adalah istilah yang populer di masyarakat untuk mendeskripsikan kesulitan tidur. Gangguan insomnia dalam DSM-5 dijelaskan sebagai kondisi kurang tidur karena kurangnya kualitas atau kuantitas tidur.¹⁵ Keluhan utama insomnia adalah terbangun saat tidur, diikuti oleh kesulitan tidur. Insomniak dapat saja tidur tapi kualitas pengalamannya tidurnya buruk (tidur yang tidak menyegarkan/*nonrestorative sleep*). Kurang tidur berpengaruh terhadap fungsi sosial dan kerja.

Ada tiga tipe insomnia, yaitu:

- a. Insomnia tidur yang melibatkan sulit tertidur;
- b. Kesulitan menjaga tidur, terkait dengan terbangun saat tidur;
- c. Insomnia yang melibatkan terbangun terlalu pagi.

Insomnia dapat menjadi episodik yang berlangsung selama 1–3 bulan, atau persisten berlangsung lebih lama dari 3 bulan. Insomnia berulang adalah yang terjadi dua atau lebih episode dalam setahun. Gangguan insomnia adalah salah satu dari tiga kelompok utama dari gangguan tidur dalam DSM-5, bersama-sama dengan gangguan hipersomnia dan gairah.

Insomnia berasosiasi dengan sejumlah gangguan mental dan medis. Untuk memastikan perawatan yang tepat, DSM-5 mengakui bahwa satu atau lebih gangguan dapat hadir pada waktu yang sama. Kondisi medis seperti sakit kronis atau gangguan mental seperti gangguan bernapas dalam tidur terkait dapat menjadi penyebab insomnia. Namun, DSM-5 yang menetapkan bahwa insomnia harus memiliki gejala klinis signifikan sendiri untuk menjamin diagnosis nya.

¹⁵ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)* (Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013).

Gejala insomnia antara lain:

- a. Ketidakpuasan akan kualitas atau kuantitas tidur, dengan satu atau lebih gejala berikut: sulit tertidur, sulit untuk tetap tidur, terbangun terlalu pagi.
- b. Gangguan tidur yang secara signifikan menyebabkan distress atau kesulitan sosial, okupasi, edukasional, akademik, perilaku atau area fungsi lain.
- c. Sulit tidur terjadi paling sedikit tiga malam dalam seminggu, berlangsung paling tidak selama tiga bulan, dan terjadi meskipun memiliki kesempatan untuk tidur.
- d. Insomnia tidak terjadi bersamaan dengan gangguan tidur lain.
- e. Insomnia tidak dijelaskan dengan gangguan mental atau kondisi medis yang sedang diderita.

Penatalaksanaan

Penanganan gangguan jiwa dimulai dengan melakukan diagnosis atas masalah yang dialami. Penetapan status gangguan kejiwaan seseorang dilakukan berdasarkan standar kesehatan yang diterima secara internasional. Oleh karena itu, tenaga profesional yang berhak melakukan diagnosa atas kondisi jiwa pasien adalah dokter spesialis kedokteran jiwa dan psikolog sesuai dengan kode etik yang membatasi keduanya.



Gambar 4.1
Prosedur yang Harus Dilewati Pasien
di Puskesmas Muara Fajar

Sumber: P3DI, Setjen DPR RI, 2015.

Dokter umum yang mengenali gejala masalah kejiwaan melakukan diagnosis sebatas kemampuannya. Dokter dapat

memutuskan untuk memberikan rujukan ke spesialis atau rumah sakit untuk pasien dengan gangguan jiwa yang tidak dapat ditangani puskesmas.

V. KONDISI PELAYANAN KESEHATAN JIWA

Kurangnya jumlah dokter umum di puskesmas ditengarai karena rendahnya kompensasi yang diterima. Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI menggambarkan kondisi dokter saat ini dalam Gambar 4.2.



Gambar 4.2
Kompetensi Dokter Pelayanan Primer

Sumber: Direktorat BUKD Ditjen BUK, Kemenkes, 2013.

Melihat gambar bagan di atas, jelas bahwa tidak mudah menarik minat dokter umum untuk bekerja di faskes Tk.I. Mereka harus melayani lebih banyak pasien dengan harga pelayanan yang murah. Kompensasi yang didapat dokter puskesmas juga jauh berbeda dengan dokter spesialis, sebagaimana yang digambarkan pada Tabel 4.1 Hal ini disebabkan karena pola pikir *demand-based* yang selama ini dianut oleh Kemenkes. Seharusnya pola ini dapat diubah menjadi *functional-based*, yaitu berfokus pada fungsi. Mereka yang memiliki fungsi dengan jangkauan lebih luas semestinya dihargai lebih baik pula. Kita perlu belajar dari negara lain di mana rasio remunerasi dokter umum lebih tinggi daripada spesialis.

Tabel 4.1
Perbandingan Rasio Remunerasi antara Dokter Umum dan Spesialis di Luar Negeri, 2004

Negara	Dokter Umum	Spesialis	Lama Training (tahun)	Rasio Remunerasi
Belanda	9	13-15	4-6	2,4
Perancis	9	10-12	1-3	1,7
Austria	9	12	3	1,6
Kanada	10	12-15	2-5	1,6
Amerika	11	11-15	0-4	1,5
Finlandia	8	13-14	5-6	1,3
Inggris	8-9	12-15	4-7	1,3
Swiss	11	11-13	0-2	1,1
Islandia	7-11,5	13,5	2-6,5	1,0
Republik Czech	8,5	11,5-13,5	3-5	0,9

Sumber: Direktorat BUKD Ditjen BUK, Kemenkes, 2013.

Pengaturan insentif bagi sumber daya kesehatan yang tidak sesuai dengan yang diharapkan ini menjadi salah satu hambatan untuk menunjukkan performa optimal. Padahal, untuk melakukan suatu upaya kesehatan jiwa saja, seorang dokter umum harus memiliki keterampilan tambahan yang lebih khusus daripada yang diajarkan di bangku kuliah.

Tim Kesejahteraan Sosial Pusat Pengkajian dan Pengolahan Data dan Informasi Sekretariat Jenderal DPR RI menemukan bahwa kecilnya kompensasi yang diberikan kepada sumber daya manusia di lokasi menyebabkan hambatan dalam menjalankan tugas-tugasnya. Disimpulkan bahwa:

1. Jarak antara domisili sumber daya dengan puskesmas kadang terlalu menghabiskan biaya. Padahal, beberapa puskesmas memang ditempatkan di pelosok untuk menjangkau masyarakat lokal. Pekerja puskesmas harus mengeluarkan biaya tambahan untuk menjangkau tempat kerjanya;
2. Semakin jauh letak sebuah puskesmas, semakin sedikit sarana dan prasarana yang dapat dinikmati. Misalnya di puskesmas

Muara Fajar, kota Pekanbaru yang bahkan tidak memiliki sambungan telepon darat.

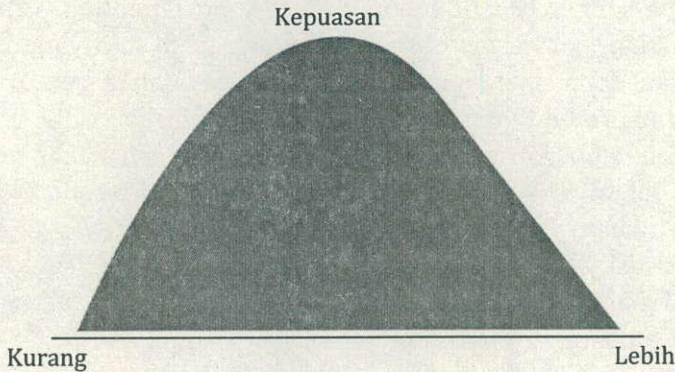
Kondisi kerja sangat berpengaruh terhadap motivasi berprestasi. Keadaan yang serba kekurangan membuat sumber daya manusia di puskesmas tidak terdorong untuk melakukan aktivitas melebihi kualitas standarnya. Hal ini disebabkan karena mereka berpikir bahwa meskipun bekerja keras, tidak akan mengubah *benefit* (keuntungan) yang diperoleh. Penelitian menemukan bahwa membayar seseorang lebih dari yang mereka harapkan dapat meningkatkan resiprositas dalam bentuk usaha lebih atau produktivitas.

Akan tetapi, kompensasi ini tidak selalu menghasilkan motivasi kerja. Dalam studi lapangannya bersama Duncan Gilchrist dan Michael Luca, Deepak Malhotra menemukan bahwa tambahan kompensasi yang diberikan hanya akan berdampak jika diberikan sebagai hadiah, tanpa ada konsekuensi lanjutan.¹⁶ Artinya ada sebuah ambang di mana kompensasi memenuhi diri penerimanya dan menjadikannya motivasi untuk berprestasi. Dalam konteks ini, dapat digambarkan bahwa ketika insentif yang diterima dianggap kurang, maka penerima tidak termotivasi untuk bekerja. Akan tetapi, jika jumlah tersebut meningkat mendekati jumlah yang diharapkannya, maka ia pun mendekati kepuasan. Jumlah yang diharapkan ini bersifat relatif, di mana penerima mengukur kepantasan kompensasinya jika dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan untuk melakukan pekerjaan. Dengan kata lain, kompensasi yang memuaskan adalah yang menurut penerima pantas jika dibandingkan modal yang perlu diberikannya, misalnya tingkat pendidikan, waktu kerja, keterampilan, usia, dan sebagainya.

Akan tetapi, pemberian kompensasi yang berlebihan juga berpengaruh negatif terhadap kinerja. Karena penerima beranggapan bahwa tanpa harus melakukan pekerjaan lebih saja ia sudah mendapatkan keuntungan, oleh karena itu ia tidak perlu memeras keringatnya. Mungkin saja secara finansial penerima

¹⁶ Duncan Gilchrist, Michael Luca, dan Deepak Malhotra, "When $\$3+\$1 > \$4$ The Effect of Gift Salience on Employee Effort in an Online Labor Market," *Harvard Business School Working Paper*, Mei 2014.

telah dapat memenuhi kebutuhannya, namun secara psikis ia tidak merasa puas. Penerima ini rentan mengalami krisis *self esteem*, karena tidak dihargai sesuai kontribusinya. Tidak heran jika orang yang berlebihan selalu merasa tidak cukup. Jika dianalogikan dengan kasus kriminalitas luar biasa, maka koruptor berada dalam kelompok ini. Meskipun memiliki keluasaan finansial, koruptor masih ingin menambah kekayaannya.



Gambar 4.3
Grafik Kepuasan

VI. KEBUTUHAN AKAN TIM KERJA

Adanya pemahaman yang sempit mengenai kesehatan jiwa, yang menyebabkan terbentuknya batasan mengenai siapa saja yang berhak melakukan upaya kesehatan jiwa. Belum semua profesi yang selama ini terlibat dalam pelayanan kesehatan jiwa tercatat secara resmi dan terakomodir dengan baik. Profesi kesehatan di bidang kesehatan jiwa masih cenderung didominasi oleh dokter dan perawat. Hal ini memengaruhi bagaimana masyarakat mempersepsikan kesehatan jiwa. Bahkan para peserta didik di bidang kesehatan jiwa beranggapan bahwa upaya kesehatan jiwa hanya boleh dilakukan oleh dokter dan perawat. Sudut pandang ini berkorelasi dengan *prejudice* bahwa layanan kesehatan jiwa hanya dibutuhkan oleh mereka yang sudah mengalami gangguan psikotik. Dengan kata lain, layanan kesehatan jiwa diimajikan secara terbatas dalam fungsi kuratifnya saja.

Pandangan keliru di atas diluruskan dalam UU Keswa yang menegaskan bahwa perlunya tim sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa yang berasal multidisiplin ilmu. UU Keswa telah mengatur formasi sumber daya manusia di bidang Kesehatan jiwa, yaitu terdiri atas:

1. Tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa;
2. Tenaga profesional lainnya; dan
3. Tenaga lain yang terlatih di bidang kesehatan jiwa.

Dijelaskan pula bahwa tenaga profesional lainnya dan tenaga lain yang terlatih di bidang kesehatan jiwa merupakan para profesional yang berperan sebagai mitra tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa. Dalam prakteknya, beberapa tenaga profesional yang terkait dalam upaya kesehatan jiwa masih belum dioptimalkan perannya. Mereka tersebar di berbagai instansi dan kegiatan mandiri, padahal dapat diberdayakan dan ditempatkan di puskesmas sebagai anggota tim upaya kesehatan jiwa dasar. Mereka adalah:

1. Psikolog

Psikolog mengelola masalah kejiwaan dalam membantu mengumpulkan dan meredefinisi tujuan-tujuan manusia sehingga ia memiliki konsep yang jelas akan dirinya. Psikolog memfasilitasi seseorang untuk mendapatkan *insight* mengenai hal-hal yang dianggapnya penting sehingga ia mampu memilih jalan keluar yang tepat bagi persoalannya.

Menurut Kode Etik Psikologi, Psikolog adalah Sarjana Psikologi yang telah mengikuti pendidikan tinggi psikologi strata 1 (S1) dengan kurikulum lama (Sistem Paket Murni) Perguruan Tinggi Negeri (PTN); atau Sistem Kredit Semester (SKS) PTN; atau Kurikulum Nasional (SK Mendikbud Nomor 18/D/O/1993) yang meliputi pendidikan program akademik (Sarjana Psikologi) dan program pendidikan profesi (Psikolog); atau kurikulum lama Perguruan Tinggi Swasta (PTS) yang sudah mengikuti ujian negara sarjana psikologi; atau pendidikan tinggi psikologi di luar negeri yang sudah mendapat akreditasi dan disetarakan dengan psikolog Indonesia oleh Direktorat Pendidikan Tinggi (Dikti)

Departemen Pendidikan Nasional (Depdiknas RI). Himpunan Psikolog Indonesia (HIMPSI) bekerja sama dengan Asosiasi Penyelenggara Pendidikan Tinggi Psikologi Indonesia (AP2TPI) dan dengan lebih dari 80 (delapan puluh) Program Studi dan Fakultas Psikologi di Indonesia, mengembangkan standarisasi pendidikan psikologi dan publikasi psikologi. Selain itu, HIMPSI bersama AP2TPI dan 19 universitas yang memiliki pendidikan profesi psikologi juga mengembangkan standarisasi pelaksanaan Praktik Kerja Profesi Psikologi (PKPP) dan pengujiannya sebagai program peningkatan kualitas psikolog Indonesia.¹⁷

Sarjana Psikologi dengan kriteria tersebut dinyatakan berhak dan berwenang untuk melakukan praktik psikologi di wilayah hukum negara Republik Indonesia. Sarjana Psikologi menurut kriteria ini juga dikenal dan disebut sebagai psikolog. Untuk melakukan praktik psikologi maka Sarjana Psikologi yang tergolong kriteria ini diwajibkan memiliki izin praktik psikologi sesuai dengan ketentuan yang berlaku

Sebelumnya psikolog tidak memiliki fungsi yang jelas di bidang kesehatan. Bahkan sering terjadi ambiguitas antara fungsi psikolog dan psikiater. Di lapangan, psikolog jarang dilibatkan dalam prosedur kesehatan jiwa pemerintah, yang berarti kita jarang menemukan psikolog bekerja di rumah sakit. Hal tersebut karena adanya anggapan bahwa masalah kejiwaan merupakan ranah psikiater.

Akan tetapi, seiring bertambahnya pengetahuan masyarakat, psikolog menjadi lebih diterima karena tidak memberikan stigma negatif bagi orang-orang yang memiliki masalah kejiwaan. Datang ke psikolog memberikan makna berbeda dengan mengunjungi psikiater, yang notabene adalah dokter. Selain itu, masyarakat mulai memahami pentingnya pengukuran potensi mental yang populer di kalangan pendidikan.

¹⁷ HIMPSI, "Press Release 56 Tahun Kiprah HIMPSI", <http://himpsi.or.id/index.php/42-semua-kategori/non-menu/berita/62-press-release-56-tahun-kiprah-himpsi>, diakses 28 September 2015.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/11/M.PAN/5/2008 tentang Jabatan Fungsional Psikolog Klinis dan Angka Kreditnya. Kemenkes memasukkan psikolog klinis sebagai tenaga kesehatan. Pasal 2 peraturan tersebut menjelaskan bahwa jabatan fungsional Psikolog Klinis termasuk dalam rumpun kesehatan. Tugas pokoknya disebutkan pada Pasal 5 yang berbunyi:

Pasal 5

Tugas pokok Psikolog Klinis adalah memberikan pelayanan psikologi klinis yang meliputi *assessment*, interpretasi hasil *assessment*, intervensi, pembuatan laporan pemeriksaan psikologi klinis, pelaksanaan tugas di tempat risiko tinggi, dan pengabdian masyarakat yang meliputi pelaksanaan penanggulangan problem psikologi klinis pada masyarakat rumah sakit, pelaksanaan tugas khusus lapangan di bidang psikologi klinis pada komunitas, dan menjadi saksi ahli.

2. Pekerja Sosial

Perlu diingat keberadaan pekerja sosial pun sangat penting dalam hal pelayanan kesehatan jiwa, terutama dalam upaya rehabilitatif, yang bertujuan pada pemulihan fungsi.¹⁸ Pekerja sosial sangat berperan dalam upaya restorasi fungsi psikososial dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Dalam draf Naskah Akademik Praktik Pekerja Sosial, diharapkan diperjelas fungsi pekerja sosial yang selama ini tidak banyak bekerja di lembaga pemerintahan. Menurut Edi Suharto, pekerja sosial adalah seseorang yang memiliki kompetensi dalam bidang pelayanan sosial profesional yang diperoleh melalui pendidikan dan pengalaman formal pekerjaan sosial/kesejahteraan sosial.¹⁹

Untuk melaksanakan praktik, pekerja sosial dituntut memiliki kompetensi dasar. Baer & Federico merinci kompetensi dasar tersebut meliputi:²⁰

¹⁸ DPR RI, *loc. cit.*

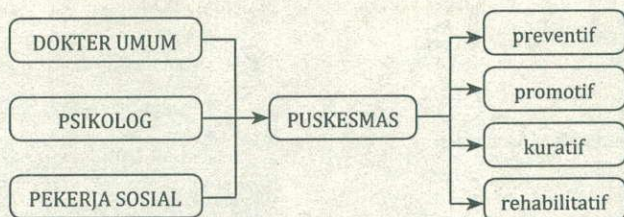
¹⁹ Edi Suharto, "Menyambut RUU Kesejahteraan Sosial: Pendapat dan Masukan", http://www.policy.hu/suharto/Naskah%20PDF/Menyambut_RUU_KesejahteraanSosial.pdf, diakses 29 September 2015.

²⁰ Qadri Ansyah, "Executive Summary Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang Praktik Pekerja Sosial," Scribd, 2014, <https://www.scribd.com/doc/206357130/Executive-Summary> (accessed Agustus 30, 2015).

- a. Mengidentifikasi dan melakukan *assessment* terhadap situasi;
- b. Mengembangkan dan mengimplementasikan rencana untuk meningkatkan kesejahteraan individu yang berlandaskan pada *assessment*;
- c. Mengembangkan atau memperbaiki kemampuan orang dalam menghadapi, memecahkan masalah, serta kemampuan mengembangkan diri;
- d. Menghubungkan orang dengan sistem sumber pelayanan maupun kesempatan;
- e. Memberikan intervensi secara efektif dengan mengutamakan populasi sasaran yang paling rentan, atau terkena diskriminasi;
- f. Mengembangkan efektifitas pelayanan serta meningkatkan kemanusiaan kinerja sistem yang memberikan pelayanan, sumber, maupun kesempatan;
- g. Secara aktif berperan serta dengan pihak lain untuk menciptakan, memodifikasi, serta meningkatkan sistem pelayanan yang ada agar lebih responsif terhadap kebutuhan klien;
- h. Melakukan evaluasi pencapaian tujuan intervensi;
- i. Secara terus-menerus melakukan evaluasi atas pengembangan profesionalisme melalui *assessment* atas perilaku maupun ketrampilan praktiknya;
- j. Memberikan kontribusi untuk meningkatkan mutu pelayanan berlandaskan pengetahuan dan standar atau etika profesi.

Dengan adanya proporsi sedemikian rupa, maka diharapkan terbentuk tim kerja di bidang kesehatan jiwa yang dapat mencakup keempat upaya kesehatan jiwa dasar di puskesmas. Tim kerja merupakan bagian yang lebih khusus daripada kelompok. Kelompok diartikan sebagai dua atau lebih individu, yang berinteraksi dan saling bergantung, yang datang bersama untuk mencapai sasaran tertentu.²¹

²¹ Stephen P. Robbins, Timothy A. Judge, *Organizational Behavior* (New Jersey: Pearson Education, Inc., 2011).



Gambar 4.4
Desain Kerja Layanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas

Menurut Menteri Sosial, Khofifah Alawiyah, saat ini jumlah pekerja sosial di Indonesia 15.522 orang, yang harus mengelola PMKS hingga 2015 sekitar 17,2 juta orang.²² Sedangkan jumlah dokter umum pada tahun 2014 adalah sebanyak 40.787²³ dan hingga tahun 2013 terdapat 11.500 anggota HIMPSI (yang terdiri dari sarjana psikologi, psikolog, dan doktor psikologi).

Untuk mencapai efektivitas, tim kerja harus memenuhi kriteria kinerja (*performance*) dan keberlangsungan (*viability*). Kinerja dapat diukur dengan sejauh mana tim mampu menyelesaikan pekerjaan, sedangkan kriteria *viability* lebih sulit diidentifikasi dan mudah diabaikan. *Team viability* menunjukkan kepuasan anggota tim dan melanjutkan keinginan untuk memberikan kontribusi.²⁴ Kreitner dan Kinicki menggambarkan skema tim kerja yang efektif seperti pada Gambar 4.5.

Menggunakan pendekatan *the value in diversity problem-solving*, keberagaman tim membawa manfaat dalam memberikan pengetahuan luas dari berbagai sudut pandang. Artinya, kesempatan bagi ide-ide berbeda diperbolehkan sebagai alternatif dalam menyelesaikan tugas.

²² "Belum Ideal, Pekerja Sosial di Indonesia Masih Satu Berbanding Seribu", <http://news.detik.com/berita-jawa-barat/3025569/belum-ideal-pekerja-sosial-di-indonesia-masih-satu-berbanding-seribu>, diakses 28 September 2015.

²³ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Data dan Informasi Tahun 2014 (Profil Kesehatan Indonesia)* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

²⁴ Wibowo, *Perilaku dalam Organisasi* (Jakarta: RajaGrafindo Perkasa, 2013).



Gambar 4.5
Tim Kerja Efektif

Sumber: Robert Kreitner & Angelo Kinicki, *Organizational Behavior*, 2010, dalam Wibowo, 2013: 194.

Untuk dapat menjadi efektif, setiap anggota tim harus memiliki keahlian sehingga mampu berkontribusi dalam tim kerja. Kondisi psikiatrik tidak mudah dikenali, bahkan sering tumpang tindih dengan gangguan fisik. Pasien gangguan psikiatrik yang tidak terdiagnosis merugikan pasien sendiri.²⁵ Hal ini memerlukan penanganan yang baik karena ketepatan diagnosis dan kecepatan penanganan akan memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan sebaliknya.

Saat ini fokus Kemenkes masih terpaku pada penambahan rasio tenaga kesehatan yang sampai sekarang belum juga tercukupi. Dalam Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2010–2015 ditegaskan bahwa pengembangan sumber daya manusia merupakan salah satu prioritas dari delapan fokus prioritas pembangunan kesehatan dalam kurun waktu 2010–2014. Akan tetapi, target yang ditetapkan belum dapat dipenuhi, baik dalam hal jumlah, jenis, kualitas maupun distribusinya.

Upaya yang sudah dilakukan Kemenkes untuk meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan yang bermutu, antara lain:

1. Penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan:
 - *Mapping* kebutuhan tenaga kesehatan secara nasional termasuk tenaga strategis untuk penurunan AKI;
 - Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan (RPTK) s.d. tahun 2025;
 - Kebutuhan tenaga kesehatan untuk mendukung pelaksanaan BPJS tahun 2014.

²⁵ Dan Hidayat, Elly Ingkiriwang, Andri, Evalina Asnawi, Ratna Surya Widya dan Djap Hadi Susanto, *loc. cit.*, hlm. 448–454.

2. Penyusunan standar ketenagaan di fasilitas pelayanan kesehatan (untuk menjamin ketersediaan tenaga di pelayanan kesehatan) di RS dan puskesmas.
3. Melakukan koordinasi dengan Kemenpan RB dan BKN untuk menyiapkan formasi tenaga kesehatan di daerah sesuai dengan hasil perhitungan kebutuhan secara nasional.

Melihat lubang dalam program pemenuhan tenaga di atas, Kemenkes harus berhenti untuk terlalu terfokus pada tenaga medis, dan membuka diri terhadap tenaga profesional di bidang kesehatan jiwa lain. Untuk itu dibutuhkan kerja sama antara kementerian yang terkait, yaitu Kemenkes, Kementerian Pendidikan Tinggi, Riset Dan Teknologi, dan Kementerian Ketenagakerjaan. Kementerian perlu membangun kerja sama dengan instansi pendidikan psikologi dan pekerja sosial untuk menyuplai sumber daya manusia yang dapat mengisi pos-pos di puskesmas. Kementerian dapat memberikan KPI yang perlu dicapai sumber daya manusia di puskesmas kepada instansi pendidikan psikologi dan pekerja sosial agar kurikulum yang diterapkan di lembaga pendidikan sejalan dengan kebutuhan di lapangan.

VII. PENUTUP

Mengedepankan peran puskesmas dalam melakukan upaya kesehatan jiwa dasar memberikan keuntungan sebagai berikut:

1. Mengurangi stigma negatif masyarakat mengenai gangguan jiwa, karena tidak berobat ke dokter jiwa (psikiater), melainkan ke fasilitas kesehatan umum.
2. Mengurangi peningkatan masalah kejiwaan di level bawah, sehingga tidak menjadi gangguan kejiwaan.

Untuk itu, puskesmas harus mengubah desain organisasinya yang dari berfokus pada tenaga medis, menjadi tim kerja profesional yang mutidisiplin (*multidiscipline professional team work*). Hal ini dapat mengisi kekosongan tenaga medis yang meskipun sudah bertahun-tahun diusahakan pemerintah, tetap saja terbatas dan tidak merata. Kemenkes perlu memberdayakan sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa seperti psikolog dan pekerja sosial agar dapat melakukan 4 upaya kesehatan jiwa di puskesmas secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Dokumen

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- DPR RI. 2014. *Naskah Akademik Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa*. Jakarta: DPR RI.
- Gilchrist, Duncan, Michael Luca, dan Deepak Malhotra. 2013. "When $3+1>4$: Gift Structure and Reciprocity in the Field." *Harvard Business School Working Paper*, Cambridge, MA.
- Hidayat, Dan, Elly Ingkiriwang, Andri, Evalina Asnawi, Ratna Surya Widya dan Djap Hadi Susanto. 2010. "Penggunaan Metode Dua Menit (M2M) dalam Menentukan Prevalensi Gangguan Jiwa di Pelayanan Primer", *Majalah Kedokteran Indonesia*. Volum: 60, Nomor: 10, Oktober 2010.
- Kementerian Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. 2015. *Data dan Informasi Tahun 2014 (Profil Kesehatan Indonesia)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015–2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Konsil Kedokteran Indonesia. 2012. *Standar Kompetensi Dokter Indonesia (Edisi kedua)*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- Mann, Michal (Michelle) Mann, Hosman, Clemens M. H. , Schaalma, Herman P., dan de Vries, Nanne K. 2004. "Self-Esteem In A Broad-Spectrum Approach For Mental Health Promotion". *Health Education Research*, Vol. 19 No. 4.
- Robbins, Stephen P., Timothy A. Judge. 2011. *Organizational Behavior*. New Jersey: Pearson Education, Inc.

Wibowo. 2013. *Perilaku dalam Organisasi*. Jakarta: RajaGrafindo Perkasa.

Peraturan Perundang-Undangan

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

Instruksi Presiden Nomor 5 Tahun 1974 tentang Program Bantuan Pembangunan Sarana Kesehatan 1974/1975.

Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1975 tentang Program Bantuan Pembangunan Sarana Kesehatan 1975/1976.

Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 1976 tentang Program Bantuan Pembangunan Sarana Kesehatan 1976/1977.

Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/11/M.PAN/5/2008 tentang Jabatan Fungsional Psikolog Klinis dan Angka Kreditnya.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.

Website

Ansyah, Qadri. "Executive Summary Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang Praktik Pekerja Sosial." Scribd. 2014. <https://www.scribd.com/doc/206357130/Executive-Summary>, diakses Agustus 30, 2015.

Broodman, Sarah G. How to teach Doctors Empathy, <http://www.theatlantic.com/health/archive/2015/03/how-to-teach-doctors-empathy/387784/>, diakses 3 Juli 2015.

HIMPSSI, Press Release 56 Tahun Kiprah HIMPSSI, <http://himpssi.or.id/index.php/42-semua-kategori/non-menu/berita/62-press-release-56-tahun-kiprah-himpssi>, diakses 28 September 2015.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. “Rekapitulasi Puskesmas” <http://www.bankdata.depkes.go.id/puskesmas/>, diakses 3 Juli 2015.

PDMMI, “Daftar Nama Penyakit Yang Harus Dapat Ditangani Di Layanan Primer (Tidak Boleh Dirujuk),” <http://pdmimi.org/wp-content/uploads/2014/05/4.-DAFTAR-NAMA-PENYAKIT-YANG-HARUS-DAPAT-DITANGANI-DI-LAYANAN-PRIMER.pdf>, diakses 28 Agustus 2015.

Suharto, Edi. Menyambut RUU Kesejahteraan Sosial: Pendapat dan Masukan, http://www.policy.hu/suharto/Naskah%20PDF/Menyambut_RUU_KesejahteraanSosial.pdf, disampaikan pada Rapat Dengar Pendapat Umum (RDPU), Panitia Ad Hoc III DPD RI di Crown Plaza Hotel, Jakarta 18 September 2008.

PENINGKATAN AKSES MASYARAKAT MISKIN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN MELALUI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

oleh: Tri Rini Puji Lestari

I. PENDAHULUAN

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan) telah mengamanatkan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia, sehingga setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sedangkan pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Namun demikian, sampai saat ini masih ada masyarakat Indonesia yang sulit untuk mengakses pelayanan kesehatan, khususnya masyarakat miskin. Kondisi ini disebabkan karena sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan jaringannya belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat, terutama yang terkait dengan faktor biaya dan jarak. Walaupun rumah sakit terdapat di hampir semua kabupaten/kota, sistem rujukan pelayanan kesehatan perseorangan juga belum dapat berjalan dengan optimal.

Menurut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002-2003 ditemukan bahwa kendala terbesar yang dihadapi penduduk miskin untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan adalah karena ketiadaan uang (34 persen), jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terlalu jauh (18 persen), dan

adanya hambatan dengan sarana angkutan atau transportasi (16 persen).

Sedangkan dari data Susenas tahun 2004 menunjukkan bahwa kendala biaya menjadi permasalahan yang cukup serius, terutama bagi penduduk miskin, karena selama ini sebagian besar (87,2 persen) pembiayaan kesehatan bersumber dari penghasilan penduduk sendiri. Pembiayaan yang berasal dari jaminan pemeliharaan kesehatan (seperti kartu sehat) hanya sebesar 6,3 persen dan yang berasal dari asuransi sebesar 5,2 persen. Artinya, penduduk harus menanggung biaya yang besar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini tentu memberatkan bagi penduduk miskin karena mereka harus mengeluarkan biaya yang besar untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

Dalam rangka memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia dan agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera, Pemerintah Indonesia sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) telah membuat Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dari pemberlakuan Program JKN ini diharapkan semua masyarakat Indonesia khususnya masyarakat miskin dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan premi yang dibayarkan oleh pemerintah. Sedangkan untuk masyarakat tidak miskin menggunakan sistem asuransi dengan biaya premi yang ringan. Melalui program ini setiap masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Setelah satu tahun pelaksanaan Program JKN, sebagian masyarakat sudah bisa merasakan manfaat dari Program JKN, namun sebagian masyarakat lainnya masih belum bisa mengakses pelayanan tersebut secara lancar. Menurut Koalisi Pemantau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Jamkes Watch) dan Konfederasi Serikat Pekerja Indonesia (KSPI), selama pelaksanaan Program JKN masih terjadi berbagai permasalahan dalam pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Sistem INA-CBGs yang sangat membatasi pelayanan. Sementara biaya dari pelayanan sangat bertentangan dengan

- prinsip manfaat tanpa batasan biaya *Coordination of Benefit* (COB);
2. Jumlah klinik dan rumah sakit khususnya swasta yang masih juga sangat terbatas bahkan lebih sedikit dari klinik dan rumah sakit yang dulu bekerja sama dengan PT. Jamsostek dan asuransi swasta yang dipakai perusahaan atau asuransi swasta menjadikan kesulitan di lapangan bagi para pekerja swasta mendapatkan akses pelayanan kesehatan;
 3. Penggunaan Puskesmas sebagai PPK 1 yang sangat membatasi jam pelayanan (tidak 24 jam) sehingga menjadikan pelayanan kesehatan sangat terbatas tidak seperti klinik swasta atau perusahaan yang bisa diakses selama 24 jam.¹

Banyak faktor menjadi kendala dalam implementasi Program JKN, dan ini perlu diketahui untuk menjadi bahan evaluasi dalam rangka perbaikan ke depan. Berdasarkan latar belakang tersebut, berikut ini akan diuraikan lebih lanjut bagaimana pelaksanaan Program JKN dan hubungannya dengan akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini sangat penting, sebagaimana diamanatkan dalam UU SJSN dan UU BPJS, bahwa Program JKN harus dapat memberikan jaminan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat. Sehingga dengan Program JKN akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas meningkat.

II. AKSES PELAYANAN KESEHATAN

Pelayanan kesehatan merupakan suatu produk berupa jasa atau barang yang dihasilkan oleh suatu produsen (bisa *provider* atau institusi kesehatan). Namun demikian, pelayanan kesehatan tidak sama dengan barang ekonomi lainnya yang ada di pasar. Meskipun sekilas tampaknya sama, tetapi pelayanan kesehatan mempunyai karakteristik yang unik dan tidak dimiliki oleh barang ekonomi lainnya. Untuk itu, pelayanan kesehatan perlu mendapatkan perhatian khusus.

¹ Septian Deny, "Pelayanan Kesehatan Tak Diperbaiki, Buruh Ancam Mogok Nasional", <http://bisnis.liputan6.com/read/2145255/pelayanan-bpjs-kesehatan-tak-diperbaiki-buruh-ancam-mogok-nasional>, diakses 22 September 2015.

berhimpit-himpitan, kurang mendapatkan akses informasi kesehatan, dan di sisi lain biaya kesehatan tidak tersedia.

Menurut komite pengawasan akses pelayanan kesehatan Amerika, akses adalah pelayanan kesehatan tepat waktu untuk mencapai status kesehatan yang baik, yang paling memungkinkan. Dengan demikian akses mengandung arti pelayanan kesehatan tersedia kapan pun dan di mana pun diperlukan oleh masyarakat.⁴

Untuk itu kewajiban negara adalah menjamin pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyatnya, termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) dan UU Kesehatan, yang menyatakan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya.

Untuk melihat akses pelayanan kesehatan, dapat dilakukan dengan pendekatan teori akses Aday, Andersen, R., Fleming, G.V (1980). Akses mengukur tujuan ekuitas. Ekuitas terdiri dari ekuitas egaliter dan ekuitas liberter. Dalam sistem kesehatan, hampir semua negara maju dan berkembang menerapkan prinsip ekuitas egaliter yang intinya semua penduduk harus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis, terlepas dari status ekonominya (*you get what you need*). Hal ini sesuai dengan Program JKN, di mana yang mampu membayar premi dengan besaran beragam sesuai dengan kemampuannya dan yang tidak mampu/miskin ditanggung oleh pemerintah.

Sedangkan ekuitas liberter menerapkan prinsip jual beli di mana hak seseorang bergantung dari besaran yang dibayarnya (*you get what you pay for*). Prinsip ini banyak diterapkan oleh orang-orang yang memiliki tingkat kemampuan ekonomi yang lebih seperti para pejabat dan kaum selebritas.⁵

⁴ Eko Prasetyo, *Orang Miskin Dilarang Sakit* (Yogyakarta: Insist Press, 2004), hlm. 71.

⁵ Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Edisi Kedua (Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2015), hlm. 14-15.

Menurut teori akses Aday, Andersen, R., Fleming, G.V (1980), akses sebagai alat ukur ekuitas pelayanan kesehatan dapat dilihat melalui:⁶

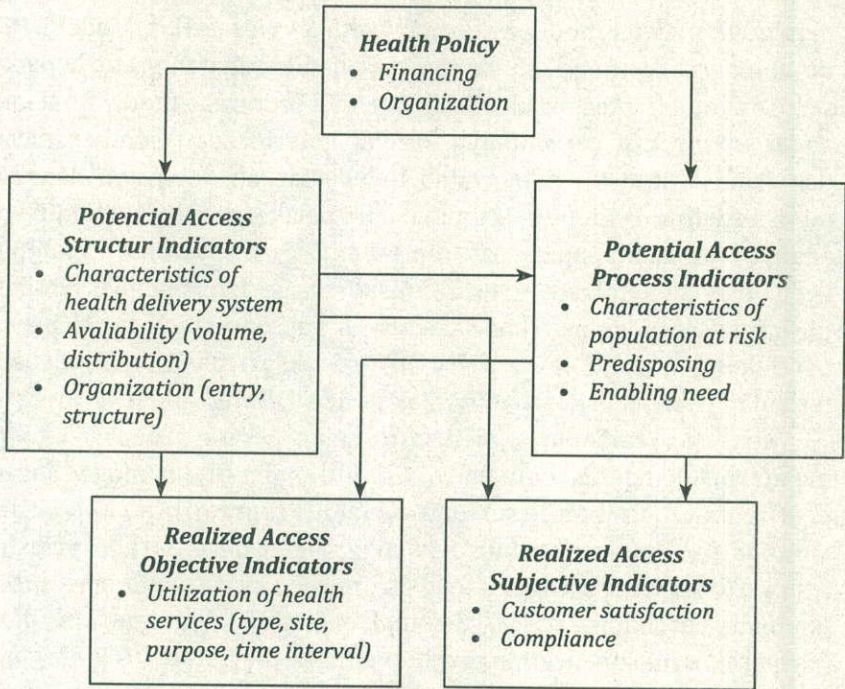
1. Akses potensial indikator struktural (*potential access structural indicators*) yang dapat dilihat dari karakteristik sistem pelayanan kesehatan yang ada dan menggambarkan tiga hal yaitu:
 - a. Karakteristik sistem pelayanan kesehatan, yang bisa dilihat dari segi kepemilikannya (milik pemerintah dan swasta termasuk praktik perorangan) dan jenis pelayanan kesehatannya (pelayanan kesehatan tingkat pertama/dasar seperti puskesmas, balai pengobatan, praktik pribadi; pelayanan kesehatan lanjut tingkat I seperti rujukan rumah sakit tipe C; dan pelayanan kesehatan lanjutan tingkat II seperti rujukan rumah sakit tipe B dan rumah sakit tipe A).
 - b. Ketersediaan pelayanan kesehatan, dapat diukur dari volume atau jumlah dan distribusi penyedia pelayanan kesehatan. Volume dapat dilihat dari jumlah tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di wilayah tersebut, seperti jumlah para tenaga kesehatan, rumah sakit dan puskesmas, serta jumlah tempat tidur rawat inap. Untuk distribusi, lebih banyak dilihat dari rasionya, yaitu perbandingan jumlah penduduk dengan tenaga kesehatan atau fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
 - c. Organisasi, yang diukur dari unsur masukan/*input* dan strukturnya. Untuk mengukur masukan dapat dilihat dari: ketersediaan faskes 24 jam, alat transportasi dan kelancaran transportasi menuju faskes, waktu perjalanan yang dibutuhkan, biaya perjalanan menuju faskes, waktu menunggu/antrian di faskes, waktu yang disediakan dokter untuk melayani konsultasi tiap pasiennya, alasan memilih faskes untuk berobat, alasan merubah tempat pelayanan kesehatan jika terjadi, alasan tidak menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia,

⁶ Eko Prasetyo, *op. cit.*, hlm. 72-73.

dan ketersediaan faskes di wilayah tempat tinggalnya. Sedangkan untuk mengukur struktur pelayanan kesehatan dapat dilihat dari: tipe tenaga kesehatan yang ada di faskes (PNS/pegawai tetap, pegawai tidak tetap/kontrak, dan lain-lain), bentuk praktiknya (grup atau perorangan), lokasi faskes, tipe pihak ketiga yang bekerja sama sebagai badan asuransi kesehatan.

2. Akses potensial indikator proses (*potential access process indicators*) yang dapat dilihat dari karakteristik masyarakat yang dilihat dari tiga aspek, yaitu:
 - a. Predisposisi, dapat diukur dari: karakteristik masyarakat (umur, jenis kelamin, suku, dan lama tinggal di wilayah tersebut); pekerjaan; pendidikan; pengetahuan tentang kesehatan; sikap terhadap kesehatan; manfaat umum yang dirasakan terhadap pelayanan kesehatan.
 - b. Pemungkin, dapat diukur dari: tingkat pendapatan keluarga; kepesertaan asuransi kesehatan; tempat tinggal (kota atau desa); tingkat wilayah administrasi domisili.
 - c. Kebutuhan, dikelompokkan menjadi kebutuhan berdasarkan persepsi pasien (*perceived need*) dan berdasarkan persepsi kriteria medis (*evaluated need*). Persepsi pasien diukur dari status kesehatan berdasarkan pendapat secara umum, jumlah keluhan sakit atau status kesehatan jika dibandingkan dengan orang lain. Sedangkan persepsi kriteria medis diukur dengan mengukur tingkat kesakitan oleh profesi kesehatan selama dua minggu dan dengan melihat gejala yang timbul selama satu tahun.
3. Akses nyata indikator objektif (*realized access objective indicators*) dapat dilihat dari pemanfaatan/utilisasi pelayanan kesehatan dengan memerhatikan indikator sebagai berikut: tipe pelayanan kesehatan yang digunakan, lokasi pelayanan yang dipilih, jenis pelayanan yang diterima apakah sudah sesuai dengan yang diperlukan, proporsi kunjungan pasien ke faskes, dan jumlah kunjungan tenaga kesehatan ke masyarakat yang membutuhkan.
4. Akses nyata indikator subjektif (*realized access subjective indicators*) dapat dilihat dari kepuasan konsumen yang dapat diukur melalui: sikap umum berdasarkan harapan pasien dan

keluarganya, sikap spesifik berdasarkan frekuensi jumlah kunjungan pasien, dan tingkat kepatuhannya.



Gambar 5.1
Framework Study Access

Sumber: Aday, Andersen, dan Fleming, *Health Care in the US, Equitable for Whom?*, 1980

Kebijakan kesehatan suatu negara sangat memengaruhi tingkat akses masyarakat serta ekuitas akses terhadap pelayanan kesehatan, terutama kebijakan tentang sistem pembiayaan kesehatan. Pada gambar matrik tersebut di atas terlihat bahwa masing-masing variabel saling memengaruhi satu sama lain dan secara keseluruhan variabel-variabel tersebut dipengaruhi oleh kebijakan kesehatan yang ada, baik dari segi organisasi maupun keuangannya.

III. PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Di Indonesia meskipun sudah mulai memperkenalkan asuransi sejak tahun 1947,⁷ namun sistem pembiayaan kesehatan

⁷ Hasbullah Thabrany, *ibid.*, hlm. 56.

dilakukan dengan cara menyediakan faskes, tenaga kesehatan dan perlengkapan kesehatan. Konsep ini mengacu ke Inggris, di mana pemerintah memperlakukan pelayanan kesehatan sebagai hak setiap penduduk melalui model *National Health Service* (NHS). Model NHS ini di Inggris, memberikan akses pelayanan kesehatan gratis kepada semua penduduk termasuk obat-obatan. Di Indonesia model ini tidak dapat diterapkan sepenuhnya karena keterbatasan sumber daya dan dana. Untuk itu pemerintah mengeluarkan kebijakan dengan memberikan subsidi tarif. Namun dalam pelaksanaannya, ditemukan adanya ketidaktepatan sasaran. Banyak masyarakat mampu yang juga memanfaatkan tarif subsidi ini, sedangkan masyarakat miskin tidak memanfaatkan fasilitas ini karena keterbatasan biaya pendukung menuju faskes.⁸ Itu berarti akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan tidak berhasil ditingkatkan.

Kondisi tersebut menjadi salah satu dasar yang melatarbelakangi disusunnya UU SJSN di mana di dalamnya diatur juga tentang jaminan kesehatan melalui Program JKN. Kebijakan jaminan kesehatan tersebut diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial sehingga seluruh masyarakat wajib memiliki jaminan kesehatan dasar. Sedangkan untuk fakir miskin dan masyarakat miskin, preminya ditanggung pemerintah. UU SJSN juga sebagai landasan menuju asuransi/jaminan kesehatan nasional yang diselenggarakan secara konsekuen tetapi tidak menutup upaya asuransi kesehatan komersial untuk dapat berkembang. Asuransi komersial tetap menjadi solusi sebagai suplemen atau tambahan jaminan bagi penduduk yang memiliki kemampuan finansial atau menghendaki jaminan yang lebih memuaskan.

Program JKN merupakan kebijakan sosial yang ditetapkan atas dasar UU SJSN dan penyelenggaraannya didasarkan pada Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Pelaksanaan Program JKN yang dimulai pada 1 Januari 2014 dimaksudkan untuk kesejahteraan masyarakat. Sebagaimana telah diatur dalam Pasal 19 ayat (2) UU SJSN yang menyatakan bahwa:

“jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dasar”.

⁸ Eko Prasetyo, *op. cit.*, hlm. 79.

Hal ini merupakan salah satu bentuk atau cara agar masyarakat dapat dengan mudah melakukan akses ke faskes atau mendapatkan pelayanan kesehatan.

Tujuan utama Program JKN adalah melindungi/memproteksi orang yang sakit tidak jatuh miskin karena biaya berobat yang besar. Sehingga apabila setelah menjadi peserta Program JKN seseorang masih mengeluarkan biaya berobat melebihi 40 persen pendapatan rutin dikurangi biaya-biaya hidup kebutuhan pokok di luar kesehatan, maka Program JKN dianggap belum berhasil.

Program JKN diselenggarakan melalui BPJS dengan modal utama adalah kekayaan negara, yaitu uang yang merupakan iuran peserta BPJS yang dikelola atas nama negara. Menurut UU BPJS Pasal 9 ayat (1), BPJS berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Sedangkan dalam melaksanakan fungsinya tersebut, menurut Pasal 10, BPJS bertugas untuk:

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; dan
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat."

Dari uraian tugas yang tercantum pada Pasal 10 tersebut nampak jelas bahwa BPJS Kesehatan memiliki kewenangan penuh atas penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional. Namun demikian dalam pelaksanaan Program JKN posisi masyarakat atau pasien sebagai peserta Asuransi Sosial BPJS Kesehatan juga sangatlah penting. Untuk itu, posisi masyarakat/pasien sebagai konsumen harus tetap dilindungi kepentingannya. Sebagaimana yang tercantum dalam Pasal 3 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, yang berbunyi:

"Perlindungan konsumen bertujuan:

- a. Meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemandirian konsumen untuk melindungi diri;

Peningkatan Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan

- b. Mengangkat harkat dan martabat konsumen dengan cara menghindarkannya dari eksekusi negatif pemakaian barang dan/atau jasa;
- c. Meningkatkan pemberdayaan konsumen dalam memilih, menentukan dan menuntut hak-haknya sebagai konsumen;
- d. Menciptakan sistem perlindungan konsumen yang mengandung unsur kepastian hukum dan keterbukaan informasi serta akses untuk mendapatkan informasi;
- e. Menumbuhkan kesadaran pelaku usaha mengenai pentingnya perlindungan konsumen sehingga tumbuh sikap yang jujur dan bertanggung jawab dalam berusaha;
- f. Meningkatkan kualitas barang dan/atau jasa yang menjamin kelangsungan usaha produksi barang dan/atau jasa, kesehatan, kenyamanan, keamanan, dan keselamatan konsumen.”⁹

Dengan demikian, dapat diasumsikan bahwa melalui Program JKN, akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas akan meningkat. Untuk itu, diharapkan BPJS Kesehatan dapat menjadi lembaga pelayanan kesehatan yang baik bagi masyarakat. Karena penyelenggaraan Program JKN dengan BPJS Kesehatan merupakan satu kesatuan yang melekat.

IV. AKSES MASYARAKAT MISKIN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN

Kemiskinan merupakan fenomena yang terjadi di hampir semua kabupaten/kota di Indonesia, kemiskinan tersebut timbul karena ketidakmampuan sebagian masyarakat untuk menyelenggarakan hidupnya yang pada akhirnya menyebabkan menurunnya kualitas sumber daya manusia sehingga produktifitas dan pendapatan yang dihasilkan rendah. Dampak dari kemiskinan menyebabkan kurangnya fasilitas yang dapat dinikmati seperti dalam pendidikan, pelayanan kesehatan, kemajuan teknologi dan kemudahan-kemudahan lain yang tersedia.

Menurut data BPS, tingkat kemiskinan nasional sampai dengan tahun 2011 telah dapat diturunkan menjadi 12,49 persen dari 13,33 persen pada tahun 2010. Bahkan pada Maret 2012 mencapai

⁹ Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, Pasal 3.

29,13 juta orang (11,96 persen), berkurang 0,89 juta orang (0,53 persen) dibandingkan dengan penduduk miskin pada Maret 2011 yang sebesar 30,02 juta orang (12,49 persen).¹⁰

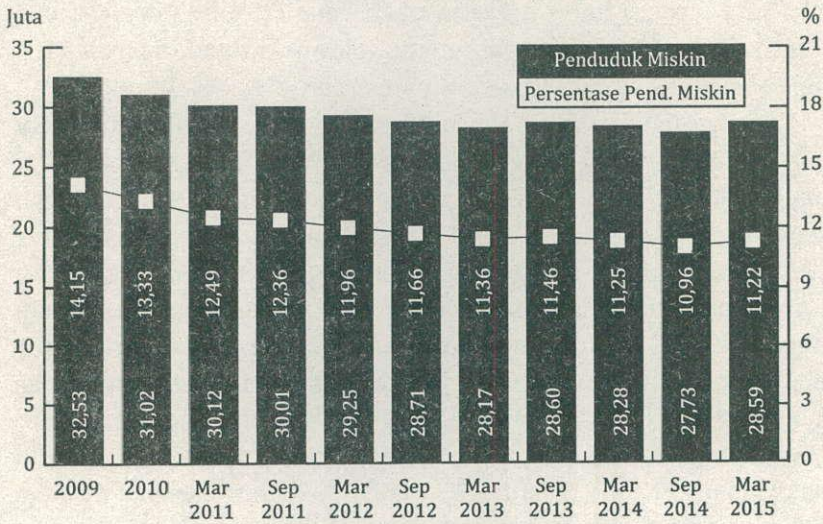
Keberhasilan dalam menurunkan tingkat kemiskinan tersebut di samping diperoleh melalui peningkatan pertumbuhan ekonomi yang berkualitas juga melalui tiga klaster program penanggulangan kemiskinan. Hasil yang diperoleh pada tahun 2011 dari Klaster I, ditujukan untuk mengurangi beban pemenuhan kebutuhan dasar dan untuk memenuhi kebutuhan dasar anggota rumah tangga miskin melalui peningkatan akses pada pelayanan dasar melalui pemberian pelayanan Jamkesmas bagi 76,4 juta orang. Sedangkan hasil yang dicapai dalam pelaksanaan program Klaster II, untuk tujuan Pemberdayaan Masyarakat di antaranya melalui Pelaksanaan PNPM. Selain itu, akses terhadap kesehatan juga lebih besar lima persen dan peningkatan kesempatan kerja yang lebih besar 1,25 persen di lokasi PNPM dibandingkan lokasi non-PNPM. Hasil yang dicapai dalam pelaksanaan Klaster III adalah terlaksananya penyaluran Kredit Usaha Rakyat (KUR) untuk UMKM dan koperasi.

Namun demikian, berdasarkan data BPS jumlah penduduk miskin di Indonesia pada Maret 2015 mencapai 28,59 juta orang (11,22 persen). Jika dibandingkan dengan jumlah penduduk miskin pada September 2014, maka selama enam bulan tersebut mengalami peningkatan sebesar 0,86 juta orang. Sedangkan jika dibandingkan dengan Maret tahun 2015 jumlah penduduk miskin meningkat 0,31 juta orang. Kondisi ini disebabkan oleh kenaikan harga barang kebutuhan pokok sebagai akibat dari peningkatan harga bahan bakar minyak.¹¹

¹⁰ "Profil Kemiskinan di Indonesia", <http://data.tnp2k.go.id/index.php?q=content/profil-kemiskinan-di-indonesia>, diakses 12 Maret 2013.

¹¹ "Profil Kemiskinan di Indonesia, Maret 2015", <http://www.bps.go.id/Brs/view/id/1158>, diakses 16 Oktober 2015.

Peningkatan Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan



Gambar 5.2
Profil Kemiskinan di Indonesia

Sumber: BPS, 2013.

Kemiskinan dan kesehatan, merupakan dua hal yang tidak bisa dipisahkan. Kemiskinan merupakan musuh terbesar dari kesehatan dalam membangun dunia. Sebagaimana diungkapkan oleh Kofi Annan dalam pidatonya sebagai Sekjen PBB di *World Health Assembly* pada tahun 2001, *The biggest enemy of health in the developing world, is poverty*.¹² Musuh terbesar kesehatan di negara berkembang, adalah kemiskinan. Meskipun keduanya tidak berhubungan namun dapat dikaji keterkaitan antara keduanya.

Secara umum, dampak kemiskinan terhadap kesehatan masyarakat sangat banyak dan kompleks. Dengan banyaknya pengangguran berarti banyak masyarakat tidak memiliki penghasilan karena tidak bekerja. Akibat dari tidak bekerja dan tidak memiliki penghasilan tersebut salah satunya adalah tidak mampu mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini dikarenakan biaya pengobatan yang semakin mahal. Sedangkan dari data Susenas 2004 didapat bahwa hanya sekitar 20,6 persen penduduk yang memiliki jaminan kesehatan. Dan pada kelompok masyarakat

¹² "Poverty Biggest Enemy Of Health In Developing World, Secretary-General Tells World Health Assembly", <http://www.un.org/press/en/2001/sgsm7808.doc.htm>, diakses 28 September 2015.

termiskin, hanya sekitar 15 persen penduduk yang memiliki Kartu Sehat (KS) dan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemegang KS masih rendah. Penyebab utama rendahnya pemanfaatan tersebut adalah ketidaktahuan tentang proses pembuatan KS dan kurang jelasnya pelayanan terhadap pemegang KS.¹³

Kondisi tersebut terjadi karena pelayanan kesehatan masih menggunakan pendekatan teori ekonomi pasar (*supply* dan *demand*), di mana jumlah barang atau jasa pelayanan kesehatan yang diminati masyarakat akan bergantung pada beberapa faktor yaitu harga barang atau jasa pelayanan kesehatan tersebut, harga atau ongkos lain yang harus dikeluarkan untuk memperoleh barang dan jasa pelayanan kesehatan tersebut, pendapatan masyarakat, harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan citra barang atau jasa pelayanan kesehatan tersebut, serta faktor sosial budaya setempat.¹⁴

Untuk mencegah kejadian seperti tersebut di atas (di mana masyarakat tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan karena biaya yang tidak terjangkau), maka untuk pelayanan kesehatan seharusnya tidak dapat diberlakukan seperti barang atau jasa pada umumnya karena pelayanan kesehatan mempunyai karakteristik khusus (*supply unjust demand*). Sehingga pada keadaan tertentu, misalnya untuk pelayanan kesehatan yang bersifat *public goods* diselenggarakan oleh pemerintah. Jika hanya diserahkan pada kemauan masyarakat untuk membayar, akan terjadi rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan karena permintaan terhadap pelayanan kesehatan tidak selalu rasional.

Di sisi lain, berdasarkan data di BPS 2009, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia cukup tinggi, yaitu AKB 26,9/1000 kelahiran hidup, dan AKI 248/100.000 kelahiran hidup, serta umur harapan hidup 70,5 tahun. Sedangkan derajat kesehatan masyarakat miskin dinilai masih sangat rendah. Hal ini tergambarkan dari Angka Kematian Bayi (AKB) pada kelompok masyarakat miskin tiga setengah sampai empat kali lipat lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin juga cenderung rentan terhadap penyakit dan penyakit menular cenderung lebih cepat menular di lingkungan mereka.

¹³ "Penanggulangan Kemiskinan", www.bappenas.go.id/.../a5bab-16---penanggulangan-kemiskinan-dan-ke..., diakses 20 September 2015.

¹⁴ Ekowati Retnaningsih, *op. cit.*, hlm. 49-50.

Terbatasnya akses pelayanan kesehatan dan rendahnya status kesehatan pada masyarakat miskin, berdampak pada rendahnya daya tahan mereka untuk bekerja dan mencari nafkah, terbatasnya kemampuan anak dari keluarga untuk tumbuh dan berkembang, dan rendahnya derajat kesehatan ibu. Penyebab utama dari rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin selain ketidakcukupan pangan adalah keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar, rendahnya mutu pelayanan kesehatan dasar, kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat, dan kurangnya pelayanan kesehatan reproduksi.¹⁵

Rendahannya kecukupan pangan dan terbatasnya pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin dapat dilihat dari kasus kematian yang diakibatkan oleh gizi buruk. Pada tahun 2005 jumlah anak usia 0-4 tahun di Indonesia mencapai 20,87 juta. Hal ini berarti ada sekitar 1,67 juta anak balita yang menderita gizi buruk. Hal tersebut membuktikan bahwa akses masyarakat miskin memang masih terbatas terhadap pelayanan kesehatan yang memadai dan masih terjadinya keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, kasus gizi buruk yang dialami NTB merupakan salah satu kasus rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat tentang gizi.¹⁶

Selain itu, Indonesia juga mengalami kasus mewabahnya polio di berbagai wilayah karena kesadaran masyarakat untuk ikut serta dalam imunisasi polio sangat kurang. Kurangnya kesadaran masyarakat tersebut terjadi karena masyarakat tidak mengetahui adanya pelayanan kesehatan yang tersedia dan kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai berbagai jenis penyakit.¹⁷

Sebagaimana telah diuraikan di atas, bahwa salah satu keluhan utama masyarakat miskin adalah mahalnya biaya pengobatan dan perawatan. Hal ini disebabkan juga oleh jauhnya tempat pelayanan kesehatan dan rendahnya jaminan kesehatan. Untuk mengatasi hal tersebut, sampai saat ini sudah ada beberapa program pengentasan kemiskinan yang dilakukan pemerintah yang salah satu tujuannya untuk memberikan perlindungan sosial masyarakat dalam pelayanan dasar khususnya kesehatan.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*

Untuk menjamin akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan (sebagaimana diamanatkan dalam UUD 1945), sejak tahun 1998 pemerintah telah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial (JPS-BK) tahun 1998–2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Tahun 2002–2004. Program-program tersebut di atas berbasis pada 'provider' kesehatan (*supply oriented*), di mana dana disalurkan langsung ke puskesmas dan rumah sakit.¹⁸

Provider kesehatan (puskesmas dan rumah sakit) berfungsi ganda yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dan juga mengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Kondisi seperti ini menimbulkan beberapa permasalahan antara lain terjadinya defisit di beberapa rumah sakit dan sebaliknya dana yang berlebih di puskesmas, juga menimbulkan fungsi ganda pada PPK yang harus berperan sebagai 'payer' sekaligus 'provider'.¹⁹

Selanjutnya tahun 2005 upaya jaminan kesehatan untuk masyarakat awalnya melalui Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) kemudian berkembang menjadi Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat). Namun dalam pelaksanaannya, program tersebut mengalami kendala, di antaranya masih adanya kasus pada masyarakat miskin yang memanfaatkan program jaminan kesehatan masyarakat tapi juga ditarik sejumlah pungutan administrasi.²⁰ Selain itu, kepesertaan Jamkesmas dibagi dalam bentuk kuota di setiap kabupaten/kota berdasarkan data Badan Pusat Statistik tahun 2006.

Sistem kuota tersebut menimbulkan persoalan, yaitu masih banyak masyarakat miskin di kabupaten/kota yang tidak masuk/menjadi peserta Jamkesmas. Padahal hakekatnya mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan hak dari setiap warga negara. Sebagaimana yang terimplementasi dalam kebijakan Jamkesmas,

¹⁸ "Jaminan Kesejahteraan Masyarakat Sebagai Salah Satu Cara Mensejahterakan Rakyat", <http://netct.in/tags/Pusat-Pembiayaan-Jaminan-Kesehatan.html>, diakses 18 September 2015.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Eko Prasetyo, *op. cit.*, hlm. 28.

yaitu bahwa bagi masyarakat miskin di luar kuota yang ditetapkan maka menjadi tanggung jawab pemerintah daerah melalui program Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah).²¹

Penerapan Jamkesda di setiap provinsi dan kabupaten/kota berbeda-beda sesuai dengan kemampuan fiskal daerah. Kondisi ini memicu terciptanya kesenjangan pelayanan kesehatan antarwilayah di Indonesia. Namun demikian, tidak otomatis provinsi dengan kapasitas fiskal rendah akan mengalokasikan anggaran kesehatan per kapita yang lebih kecil bila dibandingkan provinsi dengan kelas kapasitas fiskal di atasnya.

Demikian pula hubungan kapasitas fiskal dengan persentase anggaran kesehatan berbanding total APBD. Kesemuanya ini tergantung kepada komitmen kepala daerah terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya. Contoh ketidakmampuan fiskal daerah yaitu di provinsi kepulauan yang mengalami kesulitan karena kapasitas fiskal rendah, sehingga kemampuan pengeluaran anggaran untuk kesehatan per kapita kecil. Keterbatasan anggaran tersebut oleh pemerintah kabupaten/kota di Nusa Tenggara Timur dan Maluku menjadi hambatan dalam pemberian manfaat bagi peserta Jamkesda kabupaten/kota. Bahkan, sebagian kabupaten/kota di Provinsi Maluku tidak menyelenggarakan jaminan kesehatan daerah.²²

Sedangkan contoh kemampuan fiskal tinggi tapi alokasi anggaran kesehatan kecil atau sebaliknya dapat dilihat pada tabel berikut ini.²³

²¹ *Ibid.*

²² Supriyantoro, "Formulasi Kebijakan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke Sistem Jaminan Kesehatan Nasional menuju *Universal Health Coverage*", Disertasi, Yogyakarta, Universitas Gadjah Mada, 2014, hlm. 23.

²³ *Ibid.*, hlm. 22.

Tabel 5.1
Karakteristik Anggaran APBD Provinsi Dari 6 Provinsi Yang
Dianalisa Khusus Tahun 2013

No.	Provinsi	Kesehatan	Kapasitas Fiskal	Kesehatan per Kapita	Persentase Anggaran Kesehatan
1.	Aceh	886.579	Rendah	185.603	10
2.	Sumatera Barat	354.437	Sedang	70.806	14
3.	Kepulauan Riau	125.661	Tinggi	64.090	6
4.	DKI Jakarta	4.634.051	Sangat Tinggi	464.465	15
5.	NTT	177.060	Rendah	35.695	9
6.	Gorontalo	54.612	Rendah	49.652	7

Sumber: Supriyantoro, 2014.

Selain itu, kepuasan masyarakat miskin atas pelayanan kesehatan yang didapatnya juga masih rendah. Berdasarkan hasil survei rumah sakit tahun 2008, pasien miskin yang berobat di rumah sakit pemerintah, umumnya berpendapat bahwa antrian terlalu panjang dan pelayanan administrasi dinilai rumit, berbelit, kurang informasi dan memakan waktu berhari-hari. Berkaitan dengan uang muka, ditemukan juga rumah sakit pemerintah yang mempunyai ketentuan untuk membayar uang muka bagi pasiennya. Namun setiap kelas biasanya berbeda-beda jumlah uang yang harus didepositkan. Bagi pasien di kelas III, biasanya ada keringanan untuk tidak membayarkan uang muka saat hari pertama masuk rumah sakit, tetapi setelah dua atau tiga hari pasien dirawat di rumah sakit mereka mendapat tagihan dan harus tetap melunasi uang muka tersebut meskipun sudah menggunakan SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu).^{24, 25}

Penyelenggaraan Program JKN menurut teori akses Aday, Andersen, R., Fleming, G.V (1980) sudah sesuai dengan prinsip ekuitas egaliter yaitu semua penduduk harus mendapatkan

²⁴ P3DI, "Kepuasan Masyarakat terhadap Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit", Laporan Survei tidak diterbitkan, Jakarta: Sekjen DPR RI, 2008, hlm. 38-39.

²⁵ Menurut pernyataan responden pengguna SKTM, biayanya paling banyak ditanggung >80-90% (3,4 persen), sedangkan responden pengguna Askeskin/Jamkesmas/Jamkesda paling banyak biayanya ditanggung >30-40 persen dan >90-99 persen (2,7 persen).

pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medisnya dan tidak didasarkan pada status ekonominya. Dengan demikian masyarakat miskin mempunyai kesempatan yang sama dalam mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas. Selain itu Program JKN juga melindungi/memproteksi orang yang sakit tidak jatuh miskin karena biaya berobat yang besar.

Namun demikian, penyelenggaraan Program JKN masih belum sejalan dengan paradigma pembangunan kesehatan di Indonesia, yaitu Paradigma Sehat. Program JKN masih sangat menitikberatkan pelayanan kuratif dan promotif. Anggaran kesehatan untuk program promotif dan preventif sangat kecil. Hal ini juga tercermin dari pembayaran kapitasi ke faskes tingkat pertama yang cukup rendah.²⁶

Ada beberapa catatan yang perlu diangkat dalam tulisan ini terkait akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan berkualitas selama pelaksanaan Program JKN, di antaranya: secara umum telah meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini digambarkan dengan meningkatnya jumlah kunjungan pasien ke sarana pelayanan kesehatan. Namun demikian, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia tidak mengalami perubahan atau tidak ada penambahan, mengakibatkan beban kerja para tenaga kesehatan meningkat dan pada akhirnya berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Selain itu, antrian yang panjang dan terbatasnya jam buka loket pendaftaran serta masih jarangnyanya puskesmas yang buka 24 jam juga dianggap menghambat akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Sistem pembiayaan Program JKN yang menggunakan INA-CBGs juga berpotensi merugikan peserta atau rumah sakit karena pada INA-CBGs sudah ditentukan pembayaran pelayanan kesehatan yang harus dibayar, besaran biayanya sudah ditetapkan dari awal sebelum pelayanan kesehatan diberikan, sehingga BPJS hanya akan membayar klaim ke rumah sakit sesuai dengan tarif-tarif yang tertera pada INA-CBGs, tidak peduli rumah sakit atau pasien mampu atau tidak untuk menutupi kekurangan. Bagaimana pun juga dapat disimpulkan bahwa walaupun dana yang diberikan

²⁶ "Evaluasi 30 Hari Penyelenggaraan JKN" <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/512>, diakses 28 September 2015.

oleh BPJS di bawah standar namun rumah sakit tetaplah harus memberikan pelayanan kepada pasien. Hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi rumah sakit dalam memberikan standar pelayanan kesehatan yang layak bagi pasien sesuai dengan kondisi pasien. Selain itu, kurangnya pengetahuan masyarakat miskin menyebabkan harus menanggung biaya obat-obatan yang tidak termasuk dalam daftar tanggungan BPJS.

Bagi sebagian masyarakat yang terbiasa langsung berobat ke rumah sakit, alur pelaksanaan Program JKN yang berjenjang menyebabkan peserta tidak bisa langsung datang ke rumah sakit, tetapi harus datang terlebih dahulu ke faskes tingkat pertama/ FKTP (puskesmas/klinik/dokter praktik) di wilayah tempat peserta terdaftar, kemudian jika tidak dapat ditangani maka peserta akan dirujuk ke faskes tingkat lanjut (rumah sakit) dengan menggunakan surat rujukan yang dibuat di puskesmas/klinik/dokter praktik tersebut. Di sisi lain, penetapan FKTP berdasarkan KTP juga menjadi salah satu hambatan untuk peserta yang bertempat tinggal di luar kota/wilayah administrasi diterbitkannya KTP-nya. Meskipun sudah ada beberapa daerah yang membolehkan berobat hanya dengan berbekal surat domisili.

Tidak meratanya fasilitas pelayanan kesehatan antara pedesaan atau pedalaman dengan perkotaan, menyebabkan penduduk yang tinggal di desa atau pedalaman lebih kesulitan untuk menjangkau faskes di daerahnya karena masalah jarak atau transportasi, jumlah faskes di desa atau pedalaman juga tidak sebanyak di kota, sehingga sering kali masyarakat desa atau pedalaman tidak mau repot-repot jauh-jauh menuju faskes dan hanya berdiam diri di rumah jika sakit atau datang ke tabib atau dukun di daerah mereka. Selain itu, jika dalam kondisi tertentu harus dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di wilayah lain, masyarakat miskin tidak mendapat bantuan untuk biaya hidup anggota keluarga yang menemani selama dirawat. Jika ia sebagai kepala keluarga maka ia tidak dapat bekerja, padahal ia membutuhkan pekerjaan untuk membiayai dirinya selama menemani keluarganya yang sakit di rawat di rumah sakit dan anggota keluarga lainnya yang ditinggalkannya di rumah.

Kondisi tersebut di atas menjadi masukan tersendiri bagi penyelenggara Program JKN dan pemerintah sehingga akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat lebih baik.

V. PENUTUP

Kesehatan dan status sosial ekonomi merupakan dua hal yang secara tidak langsung saling berkaitan, karena tinggi rendahnya tingkat kesehatan seseorang juga dipengaruhi oleh status sosial ekonominya. Sampai saat ini, masyarakat miskin masih mengalami kendala dalam mendapatkan pelayanan kesehatan karena biaya kesehatan yang semakin mahal. Program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS merupakan bentuk perlindungan sosial agar seluruh masyarakat khususnya masyarakat miskin dapat terjamin kesehatannya.

Masih adanya hambatan bagi masyarakat miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan berkualitas, menunjukkan bahwa Program JKN masih belum mampu menjamin masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Sehingga peningkatan akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan masih belum diiringi dengan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Belum optimalnya penyelenggaraan Program JKN hendaknya dapat dijadikan lecutan semangat bagi seluruh elemen penyelenggara Program JKN untuk sama-sama memperbaiki dan mewujudkan cita-cita *tercovernya* jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia khususnya masyarakat miskin pada tahun 2019.

Perlu adanya penelitian lebih mendalam terkait pemenuhan akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan melalui Program JKN. Sehingga Program JKN yang sudah dijalankan selama ini dapat lebih disempurnakan. Mengingat bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak dari setiap warga negara.

DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Dokumen

- Kementerian Kesehatan. 2009. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesda)*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. 2010. *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Prasetio, Eko. 2004. *Orang Miskin Dilarang Sakit*. Yogyakarta: Insist Press.
- Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi. 2008. "Kepuasan Masyarakat terhadap Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit". Laporan Survei tidak diterbitkan, Jakarta: P3DI Sekjen DPR RI.
- Retnaningsih, Ekowati. 2013. *Akses Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Supriyantoro. 2014. "Formulasi Kebijakan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah Ke Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Menuju Universal Health Coverage". Disertasi tidak diterbitkan, Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Thabrany, Hasbullah. 2015. *Jaminan Kesehatan Nasional*, Edisi Kedua. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

Peraturan Perundang-Undangan

- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.

Website

- Deny Septian, "Pelayanan Kesehatan Tak Diperbaiki, Buruh Ancam Mogok Nasional", <http://bisnis.liputan6.com/read/2145255/pelayanan-bpjs-kesehatan-tak-diperbaiki-buruh-ancam-mogok-nasional>, diakses 22 September 2015.
- "Evaluasi 30 Hari Penyelenggaraan JKN" <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/512> (28-9-15), diakses 20 September 2015.
- "Jaminan Kesejahteraan Masyarakat Sebagai Salah Satu Cara Mensejahterakan Rakyat", <http://netct.in/tags/Pusat-Pembiayaan-Jaminan-Kesehatan.html>, diakses 18 September 2015
- "Penanggulangan Kemiskinan", www.bappenas.go.id/.../a5bab-16--penanggulangan-kemiskinan-dan-ke..., diakses 20 September 2015.
- "Poverty Biggest Enemy of Health in Developing World, Secretary-General Tells World Health Assembly", <http://www.un.org/press/en/2001/sghsm7808.doc.htm>, diakses 28 September 2015.
- "Profil Kemiskinan di Indonesia" <http://data.tnp2k.go.id/index.php?q=content/profil-kemiskinan-di-indonesia>, diakses 12 Maret 2013.
- "Profil Kemiskinan di Indonesia, Maret 2015", <http://www.bps.go.id/Brs/view/id/1158>, diakses 16 Oktober 2015.

EPILOG

Buku dengan tema “Menuju Indonesia Sehat dan Jaminan Kesehatan Nasional yang Lebih Baik”, terdiri atas lima bagian yang saling melengkapi. Sebagai hasil kajian dan penelitian mengenai JKN yang dilakukan para penulis di tahun 2015, buku ini menjadi pemicu kajian lebih lanjut mengenai pelaksanaan program pemerintah di bidang kesehatan.

Hartini Retnaningsih dalam tulisannya dengan judul “Dampak Sosial yang Diharapkan dan Kendala-Kendala dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional”, menyimpulkan bahwa sebagai program nasional jaminan sosial di bidang kesehatan, belum sepenuhnya rakyat Indonesia dapat merasakan manfaat dari Program JKN. Sebagian masyarakat memang telah merasakan manfaat dari Program JKN, namun sebagian lainnya belum dapat merasakan manfaat dari program tersebut.

Masih banyak permasalahan yang menjadi kendala dalam implementasi Program JKN, sehingga dibutuhkan strategi yang lebih baik untuk implementasi Program JKN ke depan, agar Program JKN dapat bermanfaat lebih besar bagi seluruh rakyat Indonesia. Ada beberapa hal yang perlu dievaluasi, seperti aturan-aturan yang merugikan masyarakat, aturan-aturan yang tidak efektif serta tidak efisien, transparansi kinerja JKN, sistem anggaran, kualitas dan kuantitas fasilitas, sarana dan prasarana kesehatan, serta kualitas dan kuantitas sumber daya manusia yang berkecimpung dalam Program JKN, agar pada masa mendatang kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan semakin baik.

Rahmi Yuningsih dalam tulisannya berjudul “Tinjauan Kebijakan Pengintegrasian Jaminan Kesehatan Daerah ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional” menekankan pada peran penting pemerintah daerah dalam menyikapi permasalahan kesehatan yang dihadapi di daerah masing-masing, Namun mengingat adanya

semangat nasionalisme di mana *sharing* risiko untuk seluruh rakyat Indonesia akan lebih memudahkan jika dilakukan dalam skala besar, maka penyelenggaraan program jaminan kesehatan perlu diarahkan ke dalam *single payer system* sehingga prinsip efisiensi dan akumulasi dana dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi seluruh rakyat.

Pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN bertujuan untuk menyamakan pelayanan yang diberikan, dengan kesadaran masih ada permasalahan seperti dukungan oleh kesiapan SDM, sarana dan prasarana kesehatan, *sharing* pendanaan antara pusat dan daerah, kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan dan manajemen kesehatan.

Dalam perjalanan pengintegrasian Jamkesda ke dalam JKN, tidak dapat dipungkiri banyak hambatan yang terjadi. Namun mengingat dalam dokumen Peta Jalan JKN tertera bahwa tahun 2016 seluruh Jamkesda sudah terintegrasi ke dalam JKN, diperlukan upaya yang keras untuk mewujudkannya.

Yulia Indahri dalam KTI dengan judul “Pembangunan Kesehatan Daerah di Era Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Kasus Kota Kupang)” melihat bahwa Kota Kupang dan Provinsi NTT melaksanakan pembangunan kesehatan di daerahnya berdasarkan rancangan pembangunan berkala, yaitu Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah 2013–2017.

Di tengah perjalanan mengimplementasikan rencana yang sejak awal juga berpedoman pada Renstra Kemenkes terdahulu, kebijakan baru yang diberlakukan, yaitu JKN dan kemudian Program Indonesia Sehat, disesuaikan dengan kemampuan daerah di bidang anggaran dan sumber daya manusia. Dinas kesehatan di daerah perlu melakukan gebrakan di bidang kesehatan, agar target nasional yang ditetapkan dapat dicapai sesuai waktu yang ditetapkan.

Elga Andina dalam tulisan berjudul “Layanan Kesehatan Jiwa Dasar di Era Jaminan Kesehatan Nasional” mengedepankan peran puskesmas dalam melakukan upaya kesehatan jiwa dasar dengan melihat memberikan keuntungan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan. Untuk itu, puskesmas harus mengubah desain organisasinya dari yang berfokus pada tenaga medis, menjadi tim kerja profesional yang mutidisiplin (*multidiscipline*

Epilog

professional team work). Hal ini dapat mengisi kekosongan tenaga medis yang meskipun sudah bertahun-tahun diusahakan pemerintah, tetap saja terbatas dan tidak merata. Kemenkes perlu memberdayakan sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa seperti psikolog dan pekerja sosial agar dapat melakukan berbagai upaya kesehatan jiwa di puskesmas secara optimal.

Tri Rini Puji Lestari melalui kajian kelima dengan judul "Peningkatan Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional" menyimpulkan bahwa masih adanya hambatan bagi masyarakat miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan berkualitas. Sebagai bagian akhir dari Buku bunga rampai ini, penulis menunjukkan bahwa Program JKN masih belum mampu menjamin masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Hendaknya seluruh elemen penyelenggara JKN secara bersama-sama tetap memperbaiki dan mewujudkan cita-cita *tercovernya* jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia khususnya masyarakat miskin pada tahun 2019.

Jakarta, Oktober 2015

Dr. Sari Viciawati Machdum

INDEKS

A

Akses, 4, 22, 31, 35, 36, 64, 70, 83, 87, 89, 100, 105, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 142, 143, 145, 146, 148
Alokasi, 47, 50, 54, 72, 91, 92, 93, 95, 144
Anggaran, 13, 18, 34, 44, 47, 51, 53, 54, 55, 57, 69, 72, 73, 74, 92, 93, 96, 144, 145, 146
APBD, 33, 43, 44, 45, 47, 50, 53, 54, 59, 72, 73, 92, 94, 96, 144, 145
APBN, 33, 51, 65, 91, 96
ASABRI, 32, 44
Askes, 17, 32, 38, 39, 41, 65, 73, 95
Asuransi public, 9
Asuransi sosial, 5, 6, 8, 9, 14, 18, 42, 66, 136, 137

B

Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), 74
Bantuan sosial, 6, 41, 57
Beban kerja, 146
Benefit, 4, 5, 9, 18, 115, 129
Berkualitas, 3, 63, 86, 87, 105, 129, 138, 139, 146, 148
Biaya, 5, 13, 14, 20, 31, 32, 44, 46, 64, 65, 68, 69, 72, 74, 80, 86, 89, 90, 114, 115, 127, 128, 130, 132, 133, 136, 137, 140, 141, 142,

146, 147, 148

BPJS, 1, 8, 11, 12, 16, 17, 19, 23, 24, 38, 42, 45, 48, 51, 52, 71, 72, 74, 90, 91, 99, 100, 101, 102, 110, 122, 128, 129, 137, 138, 146, 147, 148

D

Dampak sosial, 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 24, 25
Direct payment, 36
Dokter, 8, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 40, 57, 68, 69, 78, 79, 80, 85, 89, 96, 100, 101, 102, 103, 104, 109, 110, 112, 113, 114, 116, 118, 121, 123, 133, 147
Dokter gigi, 8, 21, 89
Dokter umum, 21, 100, 102, 112, 113, 114, 121

E

Empati, 109
Evaluasi, 18, 23, 24, 26, 53, 85, 89, 90, 91, 96, 120, 129

F

Fasilitas, 3, 7, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 31, 33, 34, 37, 38, 40, 42, 44, 48, 49, 51, 57, 59, 65, 66, 68, 76, 80, 81, 86, 89, 90, 91, 93, 95, 96, 99, 100, 101,

Indeks

- 102, 103, 104, 105, 106, 107, 110, 123, 127, 131, 133, 136, 138, 147
- Fee for service, 36, 43, 44, 47
- G**
- Gangguan, 22, 101, 102, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 122, 123
- H**
- Hambatan, 20, 22, 34, 35, 51, 53, 55, 57, 59, 87, 114, 128, 144, 147, 148
- I**
- INA-CBGs, 44, 45, 47, 128, 146
- Indonesia sehat, 63, 64, 66, 82, 83, 86, 96
- Insomnia, 111, 112
- Integrasi, 49, 50
- Iuran, 5, 9, 15, 16, 19, 20, 33, 38, 42, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 66, 87, 90, 91, 137
- J**
- Jaminan kesehatan daerah (Jamkesda), 72
- Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas), 38, 65
- Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), 51, 66, 99, 128
- Jaminan persalinan (Jampersal), 40
- Jaminan sosial, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 22, 25, 31, 33, 37, 41, 42, 43, 49, 55, 86, 137
- K**
- Kapitasi, 17, 20, 21, 44, 50, 51, 59, 66, 74, 110, 146
- Kartu Indonesia Sehat (KIS), 56
- Kebijakan sosial, 1, 136
- Kejiwaan, 101, 102, 107, 108, 112, 117, 118, 123
- Kepuasan, 20, 44, 109, 115, 116, 121, 134, 145
- Kesehatan jiwa, 100, 101, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 116, 118, 119
- Kesehatan jiwa dasar, 99, 101, 102, 104, 105, 117, 120, 121, 122, 123
- Kesejahteraan sosial, 4, 6, 31, 35, 101, 114, 119
- Konsumen, 23, 130, 134, 137, 138
- Kupang, 34, 35, 43, 44, 45, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 63, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 81, 82, 83, 89, 91, 95, 96, 101
- L**
- Law of large numbers, 5, 43, 58
- M**
- Mahal, 10, 14, 20, 89, 113, 140, 148
- Masyarakat, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 55, 56, 58, 59, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 89, 95, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 107, 108, 110, 111, 114, 116, 118, 119, 123, 127, 128, 129, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 146, 147, 148

Indeks

- Masyarakat miskin, 5, 14, 33, 38, 39, 40, 43, 47, 49, 51, 55, 57, 58, 59, 63, 64, 65, 87, 127, 128, 129, 131, 132, 136, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148
- Monitoring, 53, 86, 89, 90, 91
- Moral hazard, 21, 24, 26, 90, 91
- N**
- Nusa Tenggara Timur (NTT), 74
- O**
- Obat-obatan, 13, 36, 42, 136, 147
- Out of pocket, 32, 33, 36
- P**
- Paramedic, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 103
- Pasien, 15, 17, 19, 20, 21, 24, 32, 36, 70, 72, 95, 99, 100, 101, 102, 108, 109, 110, 112, 113, 119, 122, 130, 134, 135, 137, 145, 146, 147
- Pekanbaru, 34, 35, 45, 46, 50, 51, 53, 58, 102, 115
- Pelayanan kesehatan, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 56, 57, 58, 59, 63, 64, 65, 66, 69, 70, 72, 73, 76, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 93, 95, 96, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 123, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148
- Penerima Bantuan Iuran (PBI), 23, 66, 71, 87
- Penyanggah Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS), 56, 87
- Perlindungan sosial, 6, 22, 41, 49, 87, 142, 148
- Peserta JKN, 17, 25, 48, 66, 99
- Premi, 1, 14, 15, 33, 65, 128, 132
- Program JKN, 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 31, 34, 41, 44, 48, 50, 57, 66, 128, 129, 132, 136, 137, 138, 145, 146, 147, 148
- Psikiater, 101, 118, 123
- Psikolog, 101, 112, 117, 118, 119, 123
- Puskesmas, 2, 8, 12, 15, 17, 18, 20, 21, 24, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 58, 65, 66, 68, 69, 70, 72, 74, 75, 76, 77, 80, 85, 89, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115, 117, 120, 121, 123, 127, 129, 133, 143, 146, 147
- R**
- Rawat inap, 13, 16, 32, 33, 44, 46, 51, 65, 72, 73, 89, 95, 99, 103, 133
- Rawat jalan, 32, 33, 99
- Realisasi, 22, 92
- Riau, 35, 46, 47, 94, 106, 145
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 32, 106
- Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), 63
- Rujukan, 19, 34, 40, 44, 46, 47, 49, 59, 64, 66, 68, 69, 80, 83, 89, 100, 103, 105, 106, 113, 127, 133, 147
- Rumah sakit, 2, 13, 17, 38, 39, 42, 44, 46, 47, 48, 58, 64, 65, 66, 68,

Indeks

- 69, 70, 75, 76, 78, 95, 101, 106, 113, 118, 119, 127, 129, 133, 143, 145, 146, 147
- S**
- Sharing, 46, 58, 59
- Somatoform, 110, 111
- Strategi, 3, 23, 24, 26, 35, 66, 67, 122
- T**
- Tenaga kesehatan, 18, 40, 59, 69, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 89, 90, 96, 117, 119, 122, 123, 133, 134, 136, 146
- Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK), 52
- U**
- Universal coverage, 42, 72
- Upaya kesehatan jiwa, 101, 105, 106, 114, 116, 117, 120, 123
- Upaya preventif kesehatan jiwa, 109, 110
- Upaya promotif kesehatan jiwa, 108
- V**
- Validasi, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59
- Verifikasi, 39, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59
- W**
- WHO, 31, 32, 35, 89

BIOGRAFI PENYUNTING

Sari Viciawati Machdum. Perempuan yang lahir di Bandung, 23 September 1978 merupakan Staf Pengajar Tetap di Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Indonesia sejak tahun 2002. Kepakarannya selama ini terkait dengan pemberdayaan masyarakat, pemasaran sosial dan *faith based organization*. SD s.d. SMU ditamatkan di Jakarta. SMU lulus tahun 1997 dan menyelesaikan S-1 di Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP UI, Jakarta, lulus tahun 2002. Kemudian S-2 diselesaikan di Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP UI, Jakarta, lulus tahun 2006. Selanjutnya menyelesaikan Program S3, di Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP UI, Jakarta, tahun 2013. E-mail: sari.viciawati@ui.ac.id.

Di Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP UI, pernah/sedang terlibat dalam beberapa tim pengajaran, antara lain Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat, Supervisi dan Konsultasi, Penelitian Kualitatif dalam Ilmu Kesejahteraan Sosial, dan Pengantar Ilmu Kesejahteraan Sosial, Sistem Usaha Kesejahteraan Sosial (sebagai koordinator), Analisis Masalah Sosial, Seminar Tugas Akhir, Dinamika Perilaku Manusia (sebagai koordinator), Strategi Perubahan dalam Sistem Manusia dan Metode Penelitian Sosial I, dan Kesejahteraan Sosial dan Pembangunan (sebagai koordinator), serta aktif sebagai menjadi pembimbing mahasiswa dalam penyelesaian tugas praktikum, skripsi, tesis dan disertasi. Penelitian juga telah banyak dilakukan terkait dengan pemasaran, buruh anak, permainan anak, pengembangan masyarakat, kemiskinan di perkotaan, perlakuan salah secara seksual pada anak, *bullying* (intimidasi) di sekolah, *faith based organization*, kesehatan ibu dan anak, angka kematian ibu, dan pemberdayaan ekonomi oleh organisasi di bawah naungan pemerintah di DKI Jakarta, serta keberadaan Lembaga Kesejahteraan Sosial di DKI Jakarta.

Biografi Penyunting

Pengalaman sebagai pengabdian antara lain konselor di FISIP UI, fasilitator dalam berbagai pelatihan mengenai “Hak-hak Anak” dan “Komunikasi antara Anggota Keluarga” di beberapa wilayah DKI Jakarta dan Depok. Sejak tahun 2014, jabatan sebagai Ketua Divisi Pengabdian Masyarakat Pusat Kajian Kesejahteraan Sosial FISIP UI mengharuskannya untuk membuka sebuah wilayah binaan yang menjadi laboratorium pembelajaran praktik komunitas. Hasil kegiatan pengabdian masyarakat tersebut telah dipublikasikan dalam dua buah modul dan satu video. Pihak yang terlibat antara lain masyarakat penerima layanan, dosen-dosen, mahasiswa dan staf administrasi di Universitas Indonesia.

Karya-karya lainnya yang bersumber dari kegiatan pengabdian masyarakat dan penelitian juga kerap dipublikasikan di jurnal dan berbagai konferensi internasional, baik di dalam maupun di luar negeri. Sebelumnya juga pernah terlibat sebagai editor dalam buku berjudul “Jaminan Sosial di Indonesia” yang dikeluarkan oleh Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR-RI.

Aktifitas lain di kampus adalah sebagai Sekretaris Senat Akademik Fakultas ISIP UI. Di luar kampus juga terlibat di berbagai kegiatan, antara lain sebagai Ketua 1 Komunitas Konsumen Pendidikan Indonesia pada tahun 2007 s.d. 2011, sebagai Sekretaris Yayasan Cahaya Khalifah, dan menjadi anggota *The Asian and Pacific Association for Social Work Education (APASWE)*.

BIOGRAFI PENULIS

Hartini Retnaningsih, Dra., M.Si. seorang Peneliti Madya Bidang Studi Ilmu Kemasyarakatan dengan Kepakaran Analisis Dampak Sosial dan Evaluasi Program di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI, Jakarta. Perempuan yang lahir di Klaten, 25 April 1965 ini kini sedang dalam tahap akhir program S3 Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP UI.

Pendidikan Magister Jurusan Sosiologi Kekhususan Ilmu Kesejahteraan Sosial ditempuh di FISIP UI hingga selesai pada tahun 2000. Pendidikan SD hingga SMA ditempuh dan diselesaikan di kota kelahirannya, Klaten Jawa Tengah. Selama karirnya perempuan ini pernah menjadi Asisten Dosen di Perguruan Tinggi Ilmu Kepolisian/PTIK (1992-1996), mengajar di STIE Putra Perdana Tangerang (2001-2010) dan mengajar di STIE Bisnis Indonesia (2005-2006). Selama karirnya perempuan ini juga telah melakukan banyak penelitian bidang sosial terkait tugas DPR RI, serta melakukan pendampingan bagi Pimpinan dan Anggota DPR RI dalam rangka tugas dan fungsi legislasi dan pengawasan. Perempuan ini pernah mendapatkan beberapa training di luar negeri di antaranya *Parliamentary Internship Training Program, India Parliament; International Training Program on The Right of The Child - A Practical Approach*, Stockholm dan New Delhi, serta *National Confrence of State Legislatures 2008 Summit*, New Orleans.

Beberapa publikasinya yang terbaru, antara lain adalah KTI dengan judul "Upaya Penyelenggaraan Jaminan Sosial di Indonesia", "BPJS Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat (Sebuah Analisis Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Nasional di Indonesia)", "Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (Studi di Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh dan Kota Jayapura, Provinsi Papua)" serta Buku "Pemberdayaan Masyarakat Melalui PNPM-Mandiri Perkotaan di Kota Batam". E-mail: hartiniretning@yahoo.com.

Biografi Penulis

Rahmi Yuningsih, S.K.M., M.K.M., lahir di Jakarta pada tanggal 22 Juli 1987 merupakan Peneliti Muda bidang Kesehatan Masyarakat di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR RI. Menyelesaikan pendidikan S1 jurusan Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2009 dan menyelesaikan pendidikan S2 jurusan Kebijakan dan Hukum Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2014. E-mail: rahmi.yuningsih@dpr.go.id atau rahmi.yuningsih@yahoo.com.

Yulia Indahri, S.Pd., M.A., lahir di Jakarta pada tanggal 22 Juli 1974. Perempuan Peneliti Madya bidang Studi Masyarakat dan Sosiologi Perkotaan di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI. Menyelesaikan S-1, Fakultas Ilmu Pendidikan (Jurusan Teknologi Pendidikan) Universitas Negeri Jakarta (yang sebelumnya bernama Institut Keguruan dan Ilmu Pendidikan (IKIP) Jakarta), lulus tahun 1998. Menyelesaikan S-2, *Master of Arts (Development Studies)* dari *University of East Anglia*, Norwich, Inggris, lulus tahun 2003 dengan beasiswa Chevening. Menulis sejumlah buku bersama teman-teman peneliti di Sekretariat Jenderal DPR RI dalam bentuk bunga rampai, seperti Buku "Kesejahteraan Sosial: Wacana, Implementasi, dan Pengalaman Empirik", "Pembangunan Kesejahteraan Rakyat: Tinjauan terhadap Dua Tahun Pemerintahan SBY-JK", "Prioritas Pembangunan Indonesia 2015-2019", dan beberapa buku lainnya. E-mail: y.indahri@gmail.com.

Elga Andina, S.Psi., M.Psi. lahir di Padang, 28 Juni 1983, adalah Peneliti Muda bidang Psikologi di Pusat Pengkajian Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR RI). Perempuan lulusan program profesi psikologi Industri dan Organisasi dari Universitas Indonesia pada tahun 2008 ini tertarik dengan isu pendidikan, psikologi sosial dan sumber daya manusia. Saat ini sedang memberikan asistensi dalam pembahasan Rancangan Undang-Undang tentang Sistem Perbukuan Nasional. Tulisan-tulisan penulis antara lain, "Pelindungan bagi Kelompok Berisiko Gangguan Jiwa", dan "Budaya Kekerasan Antar Anak di Sekolah Dasar". E-mail: elga.andina@gmail.com.

Biografi Penulis

Tri Rini Puji Lestari, S.K.M., M.Kes., perempuan, Islam, lahir di Jakarta, 8 Mei 1969. Peneliti bidang Kebijakan dan Manajemen Kesehatan di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI. Masuk sebagai CPNS pada 1 Maret 1998. Diangkat menjadi PNS 1 Mei 1999 dan diangkat menjadi Peneliti pada 1 Agustus 2000. Pendidikan S1 diselesaikan pada tahun 1997 dan S2 pada tahun 2004 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Depok. Sejak tahun 2000 aktif melakukan penelitian di bidang kesehatan masyarakat dan membuat karya tulis ilmiah dibukukan dan di jurnal ilmiah baik terakreditasi maupun belum terakreditasi. Karya tulis ilmiah yang sudah dihasilkan selama dua tahun terakhir di antaranya Kebijakan Penyediaan Obat di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); Implementasi BPJS Bidang Kesehatan 2014; Pendidikan Keperawatan: Upaya untuk Menghasilkan Tenaga Perawat Berkualitas; Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional; dan Peran UU Nakes dan Tantangan Masalah Kesehatan Indonesia. E-mail: tririnipl@hotmail.com.