

Buku bunga rampai "Jaminan Kesehatan Nasional dan Transformasi Jaminan Sosial" ini merupakan kumpulan tulisan yang berupaya memberikan gambaran mengenai pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, sehingga diharapkan pemenuhan tanggung jawab Pemerintah untuk membuka akses kepada seluruh masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan akan menjadi lebih baik.

Bagian pertama buku ini membahas kajian teoritis mengenai transformasi jaminan sosial melalui dua tulisan. Bagian kedua lebih memfokuskan pada ketersediaan obat berdasarkan kajian di lapangan hasil penelitian di dua kota di Indonesia di awal pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Sedangkan bagian ketiga mengangkat persepsi masyarakat melalui pembelajaran jaminan kesehatan yang sebelumnya pernah ada dan dampak transformasi jaminan kesehatan terhadap kepuasan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan.

Diharapkan buku ini dapat menjadi masukan bagi DPR RI khususnya Komisi IX -yang saat ini membidangi masalah kesehatan- untuk terus melakukan pengawasan terhadap kebijakan pemerintah terkait dengan penyelenggaraan jaminan kesehatan yang menjadi bagian dari sistem perlindungan dan jaminan sosial seperti diamanatkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.



Penyunting:
Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL & TRANSFORMASI JAMINAN SOSIAL

Penyunting:
Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL & TRANSFORMASI JAMINAN SOSIAL



Diterbitkan oleh :
P3DI Setjen DPR Republik Indonesia dan Azza Grafika



Penyunting:
Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DAN TRANSFORMASI JAMINAN SOSIAL



Diterbitkan oleh:
P3DI Setjen DPR Republik Indonesia
dan Azza Grafika
2014



Judul:

Jaminan Kesehatan Nasional dan Transformasi Jaminan Sosial

Perpustakaan Nasional:

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

xiv+243 hlm.; 15.5x23 cm

ISBN: 978-602-1247-11-2

Cetakan Pertama, 2014

Penulis:

Ujianto Singgih

Hartini Retnaningsih

Tri Rini Puji Lesatari

Rahmi Yuningsih

Yulia Indahri

Sulis Winurini

Penyunting:

Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

Desain Sampul:

Aiq Banindyda Afad

Tata Letak:

Zaki

Diterbitkan oleh:

Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI)

Sekretariat Jenderal DPR Republik Indonesia

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
KEPALA PUSAT PENGAJIAN, PENGOLAHAN DATA DAN
INFORMASI (P3DI) SEKRETARIAT JENDERAL DPR RI

Segala puji bagi Allah yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada kita, sehingga buku Tim Peneliti Kesejahteraan Sosial dengan judul "Jaminan Kesehatan Nasional dan Transformasi Jaminan Sosial" dapat hadir ke tengah-tengah pembaca.

Buku ini terdiri dari tiga bagian. Bagian pertama membahas kajian teoretis mengenai transformasi jaminan sosial melalui dua tulisan. Bagian kedua lebih memfokuskan pada ketersediaan obat berdasarkan kajian di lapangan hasil penelitian di dua kota di Indonesia di awal pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Sedangkan bagian ketiga mengangkat persepsi masyarakat melalui pembelaian jaminan sosial.

Kata Pengantar Kepala P3DI

Akhirnya, semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan perumusan kebijakan jaminan kesehatan nasional dan transformasi jaminan sosial. Amin.

Jakarta, September 2014

Kepala Pusat Pengkajian, dan Pengolahan Data
dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR RI

Dr. Rahaju Setya Wardani
NIP 19600211 198703 2 002

PROLOG

Buku bunga rampai "Jaminan Kesehatan Nasional dan Transformasi Jaminan Sosial" ini terdiri dari tiga bagian. Bagian pertama membahas kajian teoretis mengenai transformasi jaminan sosial melalui dua tulisan. Bagian kedua lebih memfokuskan pada ketersediaan obat berdasarkan kajian di lapangan hasil penelitian di dua kota di Indonesia di awal pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Sedangkan bagian ketiga mengangkat persepsi masyarakat melalui pembelajaran jaminan kesehatan yang sebelumnya pernah ada dan dampak transformasi jaminan kesehatan terhadap kepuasan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan.

Bagian pertama diawali oleh tulisan Ujianto Singgih yang membuka wawasan bahwa pembangunan sosial bukan lagi menjadi pilihan tetapi keharusan. Melalui tulisan "Dari SJSN ke BPJS: Peta Jalan Menuju Ketahanan Sosial Masyarakat", penulis berargumen bahwa keharusan tersebut muncul dikarenakan kondisi saat ini ketika masih ada sebagian warga negara yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri dan hidup dalam kondisi kemiskinan. Pembangunan ekonomi harus diselaraskan dengan pembangunan sosial.

Dua pasal dan beberapa ayat dari UUD 1945 yang menjadi dasar bagi mayoritas penulis dalam buku adalah untuk memperlihatkan bahwa perwujudan sistem perlindungan dan jaminan sosial merupakan perintah UUD 1945. Pasal 34 UUD 1945 ayat (2) menyebutkan, bahwa "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan," dan ketentuan pada ayat (4) menyebutkan, bahwa "Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam undang-undang". Pada bagian lainnya, yaitu Bab Hak Asasi Manusia Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 juga menyebutkan bahwa "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat."

Perjalanan transformasi jaminan sosial hingga saat ini sangatlah panjang, terjal, dan berliku. Tonggak bersejarah yang telah dibangun sepanjang perjalanan transformasi jaminan sosial Indonesia dimulai sejak amandemen UUD 1945 yang ditindaklanjuti dengan ditetapkannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pada 19 Oktober 2004. Selanjutnya, Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005–2025 mencantumkan pembangunan jaminan sosial secara eksplisit mulai RPJM kedua, ketiga, dan keempat.

Tulisan kedua dari Hartini Retnaningsih kembali menitikberatkan pada pentingnya permasalahan sosial, terutama masalah kesehatan, untuk menjadi perhatian negara. Sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari kesejahteraan masyarakat, maka idealnya kondisi kesehatan masyarakat yang baik akan menjadi cermin kesejahteraan masyarakat yang baik pula. Tulisan dengan judul “BPJS Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat (Sebuah Analisis Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia)” menekankan arti penting kesehatan masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan.

Selain merupakan hak asasi manusia, setiap orang juga memiliki hak ekonomi, sosial, dan budaya (Ekosob) sehingga berhak untuk menjalani hidup yang sehat. Hak-hak Ekosob tersebut tentu saja tidak serta-merta selalu tersedia, sehingga negara sebagai otoritas tertinggi harus senantiasa berupaya menyediakan fasilitas bagi warganya untuk memenuhi hak-hak tersebut.

Idealnya setiap negara memiliki sistem jaminan kesehatan nasional untuk warganya. Dalam hal ini sistem jaminan sosial nasional merupakan kunci utama bagi upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat. Hubungan antara Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan kesejahteraan masyarakat, dikaji dalam tulisan ini terutama mengingat telah diberlakukannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Jika UU SJSN dan UU BPJS diimplementasikan dengan baik, maka JKN akan membawa dampak positif dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat. Dengan demikian, JKN seharusnya mempunyai korelasi dan berdampak positif pada peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Bagian kedua buku, yang memfokuskan pada manajemen ketersediaan obat dimulai dengan tulisan Tri Rini Puji Lestari

dengan judul "Kebijakan Penyediaan Obat di Era Jaminan Kesehatan Nasional". Penulis secara umum berpendapat bahwa ada beberapa kendala penerapan kebijakan penyediaan obat ketika JKN mulai diberlakukan yang masih ditemui di lapangan. Untuk itu, perlu dipahami terlebih dahulu kebijakan obat nasional, kebijakan penyediaan obat di era JKN dan faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan kebijakan tersebut. Penulis mencoba mengangkat berbagai permasalahan dan solusi seputar kebijakan penyediaan obat melalui metode deskriptif analisis kualitatif dengan pendekatan studi pustaka.

Kebijakan Obat Nasional menjadi salah satu bahasan dalam tulisan ketiga ini dengan berbagai dasar kebijakan yang menyertainya. Konsep penyediaan daftar dan harga obat dalam SJSN mengedepankan konsep keamanan, efisiensi dan hemat biaya (*cost effective*) melalui sistem INA-CBG (*Indonesian Case Base Groups*) rumah sakit sebagai penyedia layanan akan memberikan obat sesuai dengan penyakit yang diderita pasien. Sehingga farmasi tidak bisa menyediakan obat tanpa ada rincian yang jelas. Guna meningkatkan ketersediaan obat dalam mendukung keselamatan pasien di era JKN, digunakan tiga instrumen yaitu formularium nasional, *e-catalogue*, dan standar pelayanan kefarmasian.

Tulisan kedua dari Rahmi Yuningsih memperkuat argumen yang disampaikan penulis sebelumnya melalui tulisan dengan judul "Analisis Pengadaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pada Awal Jaminan Kesehatan Nasional". Dalam pelaksanaan JKN, obat merupakan salah satu pelayanan yang sangat dibutuhkan sehingga ketersedianya harus dijamin oleh pemerintah. Obat tidak hanya digunakan dalam pelayanan pengobatan atau kuratif saja tetapi juga dalam seluruh aspek upaya kesehatan yang mencakup promotif, preventif, dan rehabilitatif sehingga ketersediaan obat harus selalu diupayakan pada saat dibutuhkan.

Penulis mengelaborasi temuan di lapangan terkait dengan ketersediaan obat di Kota Banda Aceh dan Kota Jayapura. Kota Banda Aceh telah melaksanakan sosialisasi penggunaan *E-catalogue* dan *e-purchasing* sebagai bagian dari pengadaan obat secara nasional sejak 2013. Sedangkan di Kota Jayapura, dengan diberlakukannya Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua, pengelolaan obat, termasuk alat kesehatan, dilaksanakan satu pintu di Instalasi Farmasi.

Bagian ketiga buku bunga rampai berbicara secara umum mengenai pelaksanaan JKN sebagai tindak lanjut dari pelaksanaan berbagai jaminan kesehatan sebelumnya dan dampaknya bagi masyarakat. Secara khusus tulisan Yulia Indahri berupaya menjelaskan bentuk jaminan kesehatan yang sudah bersifat universal yang berlaku di Banda Aceh jauh sebelum JKN dijadikan program nasional. Melalui tulisan dengan judul "Pembelajaran dari Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Aceh", penulis melihat keinginan serius dari Pemerintah Daerah Provinsi Aceh untuk memberikan perlindungan kepada warganya secara menyeluruh sejak tahun 2010. Ketika JKN mulai diberlakukan, pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat Aceh tidak mengalami perubahan yang berarti, walaupun tetap ada sedikit kebingungan dari pihak pengelola pelayanan kesehatan terhadap mekanisme pelaksanaan, terutama untuk penerapan INA-CBG.

Kajian terakhir oleh Sulis Winurini adalah mengenai pelaksanaan JKN dari sudut pandang peserta BPJS Kesehatan Eks Askes. Bagi peserta, terutama mereka yang pernah menggunakan program jaminan kesehatan sebelum BPJS Kesehatan, perubahan-perubahan di dalam BPJS Kesehatan akan menjadi pengalaman baru sekaligus menjadi stimulus dalam proses evaluasi atas layanan kesehatan yang diterima.

Kajian yang berjudul "Tranformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan dan Dampaknya pada Kepuasan Peserta BPJS Kesehatan Eks Askes" merupakan kajian terhadap lima narasumber berdasarkan teori kepuasan pelanggan. Bagi BPJS Kesehatan, kepuasan peserta termasuk hal yang utama dan memiliki bobot dalam sasaran pencapaian kinerja. Sebagaimana disebutkan Road Map JKN BPJS Kesehatan Tahun 2014–2019, salah satu sasaran BPJS Kesehatan adalah peserta yang menyatakan puas terhadap layanan BPJS Kesehatan dan layanan fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS Kesehatan paling sedikit ada sebanyak 75 persen di tahun 2014, sementara di tahun 2019, paling sedikit ada sebanyak 85 persen.

Pada praktiknya, kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa pelaksanaan program JKN BPJS Kesehatan banyak dikeluhkan oleh sebagian peserta, khususnya peserta yang dulunya menggunakan Askes. Dampak transformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan terhadap kepuasan peserta eks Askes menjadi inti dari

tulisan terakhir yang diharapkan dapat terus memotivasi pembaca buku ini untuk terus mengkritisi pelaksanaan JKN dan pelaksanaan jaminan sosial lainnya, seperti jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Semoga buku ini dapat memperkaya khazanah pemahaman pembaca.

Jakarta, September 2014
Penyunting,

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR KEPALA P3DI	iii
PROLOG.....	v
DAFTAR ISI.....	xi

BAGIAN I

PELAKSANAAN SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL MELALUI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL

DARI SJSN KE BPJS: PETA JALAN

MENUJU KETAHANAN SOSIAL MASYARAKAT

oleh: Ujianto Singgih.....	3
BAB I PENDAHULUAN.....	3
BAB II KEMISKINAN: DAMPAK PERTUMBUHAN EKONOMI.....	7
BAB III JAMINAN SOSIAL.....	11
A. Konsep Jaminan Sosial	11
B. Jaminan Sosial: Sistem Kesejahteraan Rakyat.....	14
BAB IV PETA JALAN: GAGASAN SJSN DALAM PIDATO PRESIDEN 2002-2013.....	17
BAB V KETAHANAN SOSIAL MASYARAKAT	27
BAB VI PENUTUP.....	33
DAFTAR PUSTAKA.....	35

BPJS KESEHATAN DAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT

(SEBUAH ANALISIS PENYELENGGARAAN

PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI INDONESIA)

oleh: Hartini Retnaningsih.....	37
BAB I PENDAHULUAN.....	37
BAB II KESEHATAN DAN KESEJAHTERAAN	41
BAB III PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	57
BAB IV HARAPAN DAN KENYATAAN	61

Daftar Isi

BAB V PENUTUP	75
DAFTAR PUSTAKA.....	77
BAGIAN II	
ARTI PENTING KETERSEDIAAN OBAT DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	
KEBIJAKAN PENYEDIAAN OBAT DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	
oleh: Tri Rini Puji Lestari.....	81
BAB I PENDAHULUAN	81
BAB II KEBIJAKAN OBAT NASIONAL.....	85
A. Landasan Kebijakan.....	87
B. Strategi	88
C. Pokok-Pokok Kebijakan.....	90
BAB III KEBIJAKAN PENYEDIAAN OBAT DI ERA JKN	95
A. Formularium Nasional	95
B. <i>E-Catalogue</i>	97
C. Standar Pelayanan Kefarmasian	99
BAB IV FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEBERHASILAN KEBIJAKAN PENYEDIAAN OBAT DI ERA JKN	103
BAB V PENUTUP	109
DAFTAR PUSTAKA.....	111
ANALISIS PENGADAAN OBAT DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN PADA AWAL JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	
oleh: Rahmi Yuningsih.....	113
BAB I PENDAHULUAN	113
BAB II PEMBAHASAN	121
A. Manajemen Pengadaan Obat Sebelum JKN.....	122
B. Pengadaan Obat pada Sistem JKN	124
BAB III GAMBARAN PENGADAAN OBAT DI KOTA BANDA ACEH.....	131
BAB IV GAMBARAN PENGADAAN OBAT PADA MASA JKN DI KOTA JAYAPURA.....	137

BAB V PENUTUP.....	141
DAFTAR PUSTAKA.....	143
 BAGIAN III	
TRANSFORMASI JAMINAN KESEHATAN UNTUK MASYARAKAT	
PEMBELAJARAN DARI PELAKSANAAN	
JAMINAN KESEHATAN DI ACEH	
oleh: Yulia Indahri	147
BAB I PENDAHULUAN.....	147
BAB II JAMINAN KESEHATAN	153
A. Pengertian Jaminan Kesehatan.....	153
B. Jaminan Kesehatan di Indonesia.....	156
C. Jaminan Kesehatan Nasional	160
BAB III JAMINAN KESEHATAN ACEH	167
A. Dasar Hukum.....	167
B. Pelayanan kepada Masyarakat	168
C. Pembiayaan.....	172
D. Organisasi Pelaksana	174
BAB IV PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN ACEH DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	181
BAB V PENUTUP	187
DAFTAR PUSTAKA.....	189
 TRANFORMASI PT ASKES (PERSERO)	
MENJADI BPJS KESEHATAN DAN DAMPAKNYA	
PADA KEPUASAN PESERTA	
BPJS KESEHATAN EKS ASKES	
oleh: Sulis Winurini.....	191
BAB I PENDAHULUAN	191
BAB II KERANGKA TEORI.....	199
A. Kepuasan Pelanggan	199
B. Jaminan Kesehatan Nasional	200
BAB III PEMBAHASAN	203
A. Perbaikan Sistem Jaminan Kesehatan Indonesia melalui Transformasi PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan.....	204
B. Kepuasan Peserta Eks Askes terhadap Layanan JKN BPJS Kesehatan	217

Daftar Isi

BAB IV PENUTUP	227
DAFTAR PUSTAKA	231
EPILOG	233
INDEKS	237
BIOGRAFI PENULIS	241

BAGIAN I

PELAKSANAAN SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL MELALUI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL

DARI SJSN KE BPJS: PETA JALAN MENUJU KETAHANAN SOSIAL MASYARAKAT

oleh: Ujianto Singgih*

BAB I PENDAHULUAN

Pilihan strategi pertumbuhan ekonomi dalam proses pembangunan yang telah berlangsung sejak rezim Orde Baru dan tidak mengalami perubahan pada masa reformasi, memang telah menciptakan perubahan yang cukup besar. Berbagai bentuk kemajuan secara fisik dapat kita amati seperti perkembangan kota, pembangunan daerah-daerah industri baru, serta meningkatnya mobilitas penduduk yang ditandai dengan semakin modern dan beragamnya sistem transportasi, dan penggunaan teknologi informasi yang semakin canggih. Krisis ekonomi yang terjadi pada pertengahan tahun 1998 dan berulang pada tahun 2008 tidak membuat pemerintah mengoreksi strategi pembangunan yang terus berorientasi pertumbuhan ekonomi.

Berbagai perubahan yang terjadi telah membawa bangsa Indonesia ke arah kemakmuran, meski tidak dinikmati secara merata oleh seluruh rakyat. Sebagian di antara mereka justru termarginalkan akibat dari pesatnya pembangunan tersebut. Akibatnya, terdapat anggapan bahwa pembangunan hanya untuk kelompok elit dan orang-orang yang berkuasa saja. Sementara itu, banyak masyarakat kecil hanya merasakan sedikit kenikmatan, itu pun sifatnya sesaat karena masyarakat kecil harus berjuang untuk terus hidup dengan menyesuaikan dirinya terhadap perubahan yang demikian cepat. Oleh karena itu, agar kesejahteraan sosial sebagai

* Peneliti Bidang Studi Masyarakat dan Sosiologi Perkotaan di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI. e-mail: ujiantosinggihpr@yahoo.com.

hasil pembangunan dapat diwujudkan, maka pembangunan ekonomi perlu diselaraskan dengan pembangunan sosial. Pembangunan sosial ini dimaksudkan untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945), melalui redistribusi hasil-hasil pembangunan yang diwujudkan dalam kegiatan penanganan masalah-masalah sosial terutama bagi penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS).

Pembangunan sosial bukan lagi menjadi pilihan, tetapi sesuatu hal yang harus dilaksanakan, mengingat kondisi saat ini menunjukkan bahwa ada sebagian warga negara yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri dan hidup dalam kondisi kemiskinan, yang memiliki keterbatasan kemampuan dalam mengakses berbagai sumber pelayanan sosial dasar serta tidak dapat menikmati kehidupan yang layak bagi kemanusiaan. Pelayanan sosial dasar yang terbatas diakses antara lain adalah kesehatan, pendidikan, sandang, pangan, papan, dan kebutuhan dasar lainnya. Selain itu, belum ada suatu sistem pelindungan dan jaminan sosial yang terintegrasi untuk melindungi dan memberikan jaminan sosial bagi seluruh penduduk terutama penduduk yang miskin dan rentan.

Mewujudkan sistem pelindungan dan jaminan sosial merupakan perintah UUD 1945 sebagaimana yang disebutkan pada Pasal 34 UUD 1945 ayat (2) yang menyebutkan, bahwa "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan," dan ketentuan pada ayat (4) menyebutkan, bahwa "Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam undang-undang". Pada bagian lainnya, yaitu Bab Hak Asasi Manusia Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 juga menyebutkan bahwa "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat."

Ketentuan inilah yang pada awalnya mendasari Pemerintah dan DPR RI membahas Rancangan Undang-Undang tentang Jaminan Sosial Nasional yang saat itu diharapkan dapat menjadi instrumen sistem jaminan sosial untuk menciptakan suatu tatanan sosial yang menjunjung tinggi hak asasi manusia, berkeadilan, persamaan untuk mendapat perlakuan di segala bidang. Lampert menyatakan, bahwa fungsi dari tatanan sosial ialah menjaga agar manusia dalam

kapasitasnya sebagai sumber daya, sebagai suatu faktor produksi dalam perekonomian, tidak dianggap sebagai alat semata dan menjaga hak-hak individu agar dilindungi dan dijunjung tinggi dalam semua kegiatan ekonomi.¹ Hak-hak tersebut merupakan hak asasi yang dimiliki oleh setiap orang, misalnya hak mendapat pelayanan kesehatan, hak untuk mendapat pendidikan, hak untuk hidup layak, hak untuk mendapat pekerjaan yang layak, hak untuk dihargai sebagai manusia, hak untuk mengembangkan diri dan sebagainya. Di negara-negara maju terutama di negara-negara *welfare state*, jaminan sosial merupakan bagian dari tanggung jawab negara terhadap seluruh warganya, yang dibentuk untuk mengurangi risiko yang harus diterima oleh masyarakat akibat dari kegiatan pembangunan. Setelah pemerintah dan DPR bersama-sama membahasnya, pada tanggal 28 September 2004 Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), yang di dalamnya mengatur juga Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) disetujui dalam Rapat Pleno DPR untuk diundangkan.²

Setelah tiga bulan UU SJSN diundangkan, UU SJSN ini diuji materi ke Mahkamah Konstitusi (MK) karena badan penyelenggara yang ditetapkan dalam UU yang kemudian diberi Nomor 40 Tahun 2004 dianggap monopolistik Pemerintah.³ MK pada tanggal 31 Agustus 2005 memutuskan uji materi UU SJSN dengan memperkuat

¹ H. Lampert, J. Althammer, *Luhrbuch der Sozialpolitik* (Berlin: Springer-Verlag, 2007), hlm. 154.

² Pada tanggal 19 Oktober 2004, Presiden Megawati mengundangkan UU SJSN ini dengan upacara khusus yang dihadiri menteri-menteri terkait dan anggota inti Tim SJSN. Penempatan UU SJSN dalam Lembaran Negara dengan upacara spesial tersebut bukan tanpa alasan. Tidak banyak pejabat publik yang mengetahui bahwa UU SJSN merupakan inti dari suatu tujuan dibentuknya Indonesia dan merupakan penjabaran Pasal 34 UUD 45 hasil Amandemen Keempat Tahun 2002. Selain itu, Presiden Megawati yang mempunyai kepedulian tinggi terwujudnya sebuah sistem jaminan sosial secara simbolik ingin menyatakan bahwa UU SJSN merupakan kado perpisahan beliau dengan rakyat, karena pada hari itu juga beliau meninggalkan Istana.

³ Menurut Rejda (2003) penyelenggaraan jaminan sosial umumnya merupakan monopoli Pemerintah. Di Amerika yang sangat kapitalis dan anti-monopoli, penyelenggaraan sistem jaminan sosial yang diberinama OASDHI (*old age, survivor, disability and health insurance*) -yang dimulai tahun 1935- tetap masih diselenggarakan oleh Pemerintah Federal. Sayangnya di Indonesia tidak banyak akademisi, pejabat publik, tokoh masyarakat, dunia usaha, politisi, maupun pengamat publik yang memahami konsep jaminan sosial dan penyelenggarannya.

UU SJSN karena keputusan MK menyatakan, bahwa keempat BJPS sah sebagai badan penyelenggara tingkat nasional dan UU SJSN telah memenuhi amanat UUD 45. Dalam sebuah sistem jaminan sosial, termasuk Jaminan Kesehatan Nasional, yang terpenting adalah bagaimana manfaat jaminan kesehatan itu dapat diterima seluruh rakyat dengan kualitas dan kuantitas yang memadai.

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

Uraian dalam kajian ini tidak menjelaskan bagaimana kontroversi SJSN dan BPJS yang ada dalam masyarakat atau bagaimana kesiapan pemerintah dalam mempersiapkan penyelenggaraan BPJS. Tulisan ini akan memberikan jawaban atas pertanyaan, bagaimana SJSN dan BPJS membentuk ketahanan sosial masyarakat dalam menghadapi dampak pembangunan yang berorientasi pertumbuhan?

BAB II

KEMISKINAN: DAMPAK PERTUMBUHAN EKONOMI

Sebagaimana diketahui, pembangunan ekonomi jelas sangat memengaruhi tingkat kemakmuran suatu negara. Namun, pembangunan ekonomi yang sepenuhnya diserahkan kepada mekanisme pasar tidak akan secara otomatis membawa kesejahteraan kepada seluruh lapisan masyarakat. Pengalaman negara maju dan berkembang membuktikan bahwa meskipun mekanisme pasar mampu menghasilkan pertumbuhan ekonomi dan kesempatan kerja yang optimal, ia selalu gagal menciptakan pemerataan pendapatan dan memberantas masalah sosial.

Orang miskin dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) adalah kelompok yang sering tidak tersentuh oleh strategi pembangunan yang bertumpu pada mekanisme pasar. Kelompok rentan ini, karena hambatan fisiknya (orang dengan disabilitas), hambatan kulturalnya (suku terasing) maupun strukturalnya (penganggur), tidak mampu merespons secepat perubahan sosial di sekitarnya, terpelanting ke pinggir dalam proses pembangunan yang tidak adil. Itulah salah satu dasar, mengapa negara-negara maju berusaha mengurangi kesenjangan itu dengan menerapkan *welfare state* (negara kesejahteraan). Suatu sistem yang memberi peran lebih besar kepada negara (pemerintah) dalam pembangunan kesejahteraan sosial yang terencana, melembaga, dan berkesinambungan.

Ketidaksempurnaan mekanisme pasar ini, membuat peran pemerintah banyak ditampilkan pada fungsinya sebagai *agent of economic and social development*. Artinya, pemerintah tidak hanya bertugas mendorong pertumbuhan ekonomi, melainkan juga memperluas distribusi ekonomi melalui pengalokasian *public expenditure* dalam APBN dan kebijakan publik yang mengikat dengan menyediakan alokasi dana dan daya untuk menjamin pemerataan dan kompensasi bagi mereka yang tercerai dari

persaingan pembangunan. Berbagai upaya penanggulangan masalah sosial di Indonesia terus dilakukan, namun pendekatan yang digunakan masih bersifat tambal sulam (*ad-hoc*), tidak terpadu dan tidak berkelanjutan. Kebijakan dan program anti kemiskinan, masih berorientasi proyek yang bertumpu pada strategi *hit and run*.

Artinya, kemiskinan ditangani secara parsial dengan skema dan cakupan geografis yang sangat terbatas. Model pendekatan seperti ini tidak akan pernah tuntas memberantas kemiskinan, karena strateginya tidak diarahkan untuk menggusur problema kemiskinan (*eradicating poverty*), melainkan menggusur orang miskin (*eradicating the poor*). Penanganan kemiskinan tidak akan pernah efektif dengan hanya menyentuh orang miskinnya saja. Kemiskinan adalah produk struktural dari sebuah sistem yang saling terkait, yaitu sistem ekonomi, pendidikan, dan jaminan sosial. Sistem ekonomi berkaitan dengan pertumbuhan dan pemerataan pendapatan nasional, sementara pendidikan berkaitan dengan pemberdayaan dan pengembangan SDM) dan jaminan sosial berkaitan dengan bantuan sosial dan asuransi sosial.

Strategi pembangunan nasional selama ini masih terfokus pada bagaimana membangun sistem ekonomi agar tumbuh setinggi mungkin, dan belum diarahkan secara sungguh-sungguh untuk membangun sistem jaminan sosial yang kuat. Akibatnya, selain Indonesia terus dihadang permasalahan sosial yang semakin kompleks, keberhasilan di bidang ekonomipun ternyata sangat rentan terhadap guncangan. Indonesia memerlukan pendekatan pembangunan yang tidak hanya mengejar pertumbuhan ekonomi, melainkan pula berorientasi pada aspek pelindungan sosial. Jaminan sosial pada hakikatnya merupakan strategi pelindungan guna menopang dan menjaga kestabilan ekonomi. Komitmen internasional dan nasional sangat menekankan pentingnya jaminan sosial, terutama sebagai strategi penanganan kemiskinan secara sistemik, melembaga, dan terpadu.

Oleh karena itu, diperlukan kebijakan program pembangunan dalam upaya penanggulangan kemiskinan untuk menjawab persoalan dan memenuhi kebutuhan yang sifatnya mendesak, realistik, dan operasional agar kondisi sosial ekonomi masyarakat tidak merosot lebih dalam lagi. Dengan kata lain, diperlukan penyempurnaan dan pengembangan program yang ada untuk dikembangkan agar lebih tepat

sasaran dan berkelanjutan, sehingga mengubah paradigma program pembangunan sebelumnya yang bersifat temporer, relatif, dan kuratif ke arah program yang merupakan bagian dari sistem keterjaminan sosial terpadu yang preventif, proaktif, dan berjangka panjang.

Masalah-masalah sosial yang timbul seperti masalah kemiskinan, pengangguran, kesehatan, pendidikan, dan masalah lingkungan, merupakan permasalahan yang timbul akibat hak-hak individu tersebut tidak dipenuhi. Oleh karena itu, upaya untuk memenuhi hak-hak warga negara dapat dijadikan landasan untuk membangun jaminan sosial. Jaminan sosial pada dasarnya merupakan suatu upaya untuk mendistribusikan pendapatan melalui metode subsidi silang, karena di dalam masyarakat terdapat orang-orang yang mempunyai berbagai keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya.

Dalam konteks ini, kita saat ini telah banyak disodori fakta bahwa untuk penanggulangan kemiskinan sudah tidak tepat lagi untuk memberikan bantuan-bantuan yang bersifat *charity*. Akan tetapi penanggulangan kemiskinan dalam paradigma baru adalah dengan mengandalkan modal sosial yang ada di masyarakat. Pada saat ini modal sosial yang ada di masyarakat Indonesia disinyalir oleh banyak pihak juga telah mengalami banyak kemerosotan. Rasa kebersamaan, gotong-royong, saling bantu dan saling percaya yang dulu pernah tumbuh subur di masyarakat kita, sekarang sudah menjadi barang langka. Kita perlu melacak asal-muasal mengapa modal sosial tersebut menjadi makin terkikis hingga hari ini. Kebijakan publik, dalam berbagai bentuk dan sektor yang ada, saat ini masih saja berkutat pada ideologi *developmentalisme*. Mungkin bagi banyak kalangan isu ini sudah dianggap usang. Akan tetapi, hingga saat ini hal yang menggelisahkan para pengambil kebijakan di berbagai level masih berada pada masalah investasi, GNP, dan persentase pertumbuhan ekonomi. Kebijakan publik yang berlangsung saat ini telah menjadi mesin pembangunan yang monolitis, yang hanya berorientasi pasar semata, yang siap menggulung dan menggilas siapapun yang mencoba merintangi.⁴

⁴ A. K. Giri dan P. Q. Van Ufford, "A Moral Critique of Development: Ethics, Aesthetics and Responsibility", Working Paper No. 128 Development Research Series Research Center on Development and International Relations (Denmark: Institute for History, International, and Social Studies, 2004), hlm. 159.

Kebijakan publik telah kehilangan muatan universal yang berorientasi pada kemanfaatan bagi kelangsungan hidup manusia dan masyarakat. Akibatnya, kebijakan publik yang terejawantah dalam proyek-proyek pembangunan bukan hanya dianggap telah gagal, terutama dalam menghapus kemiskinan yang semakin luas, tetapi teori pembangunan juga telah mengalami kemacetan, terjebak dalam metanarasinya sendiri dan gagal dalam memahami ragam nilai (*values*) yang hidup dan berkembang dalam masyarakat. Inilah sesungguhnya akar masalah mengapa saat ini terjadi pengikisan terhadap keberadaan modal sosial di masyarakat Indonesia.

Konsentrasi modal sosial sesungguhnya juga tidak berdiri berseberangan dengan keinginan untuk peningkatan kesejahteraan perekonomian masyarakat. Hanya saja logika yang harus dipahami adalah bahwa keinginan untuk mencapai kesejahteraan ekonomi tidak mesti dicapai dengan pendekatan yang developmentalistik. Sebagaimana dikatakan Djamaruddin Ancok, bahwa tanpa adanya kerukunan dan kerja sama yang sinergis akan semakin sulit bagi berkembangnya ekonomi suatu masyarakat.⁵ Modal sosial secara umum dapat dikategorikan dalam dua kelompok. Pertama, yang menekankan pada jaringan hubungan sosial (*network*) yang diikat antara lain oleh kepemilikan informasi, rasa percaya, saling memahami, dan kesamaan nilai serta saling mendukung. Kedua, lebih menekankan pada karakteristik (*traits*) yang melekat (*embedded*) pada diri individu manusia yang terlibat dalam interaksi sosial sebagai kemampuan orang untuk bekerja bersama untuk satu tujuan bersama di dalam grup dan organisasi.

⁵ D. Ancok, "Modal Sosial dan Kualitas Masyarakat", Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar pada Fakultas Psikologi UGM, Yogyakarta, 3 Mei 2003.

BAB III

JAMINAN SOSIAL

A. Konsep Jaminan Sosial

Jaminan sosial merupakan suatu "*kata kunci*" yang muncul dalam reformasi pembangunan nasional di masa depan yang lebih mengedepankan demokrasi dan menjunjung tinggi hak asasi manusia. Di dalam UUD 1945 yang telah di amandemen, jaminan sosial merupakan bagian dari hak asasi manusia yang pemenuhannya wajib dilakukan oleh negara. Semangat yang melandasi dimasukkannya kata jaminan sosial adalah terciptanya keadilan dan pemerataan bagi seluruh warga negara terutama dalam hal ikut menikmati dan merasakan hasil-hasil pembangunan atau sebagai kompensasi dari pembangunan itu sendiri.

Di berbagai negara terdapat bermacam-macam program kesejahteraan sosial. Bahkan di beberapa negara, program serupa diatur secara khusus dalam peraturan kependudukan. Di Indonesia, dalam upaya pengentasan kemiskinan dan melindungi masyarakat dari krisis moneter tahun 1998, pemerintah membuat program yang disebut *social safety net* untuk melindungi orang dari kelaparan sebagai akibat dari efek kemiskinan. Dalam pengertian pemerintah, jaminan sosial lebih diartikan sebagai bantuan sosial pemerintah kepada masyarakat yang tertimpa kemalangan atau untuk pemberdayaan masyarakat agar dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Secara teknis jaminan sosial tercakup dalam program-program kesejahteraan yang dilaksanakan oleh departemen-departemen dalam lingkup kesejahteraan rakyat terutama di departemen sosial. Berdasarkan hal ini, maka terlihat bahwa jaminan sosial sendiri merupakan bagian dari upaya pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Social safety net merupakan sistem jaring pengaman sosial (JPS) yang pernah dibuat pemerintah pada masa krisis ekonomi 1998. Melalui program ini pemerintah berharap agar sebagian

besar masyarakat kalangan bawah terutama yang terkena dampak krisis secara langsung dapat memperoleh bantuan sehingga kondisi perekonomian rumah-tangganya bisa pulih kembali serta mampu mengembangkan diri secara mandiri dan terus-menerus. Program JPS diharapkan dapat menciptakan situasi kelembagaan yang kuat serta memiliki sifat *sustainability*, yang ternyata tidak sesuai harapan.

Hal tersebut sama dengan program-program pengentasan kemiskinan lainnya yang sangat sektoral dan tidak ada keterkaitannya dengan program-program ekonomi dan politik nasional. Akibatnya, banyak terjadi penyimpangan-penyimpangan seperti biaya penyaluran bantuan yang ternyata lebih besar dari bantuan yang diberikan, kekeliruan dalam menentukan objek penerima bantuan dan sebagainya. Pada dasarnya jaminan sosial diberikan kepada semua kalangan baik dari sektor formal maupun informal. Namun dalam pelaksanaannya, masyarakat di sektor formal lebih diuntungkan karena aturan-aturan yang ada lebih menjamin sektor formal untuk memperoleh jaminan sosial tersebut. Sedangkan masyarakat di sektor informal yang kebanyakan adalah masyarakat kelas bawah belum semuanya dapat merasakan jaminan sosial dari negara.

Dalam lingkup luas, John G. Turnbull, mengartikan jaminan sosial sebagai suatu keadaan yang terlindung atau aman dari berbagai jenis ancaman dan bahaya. Tetapi kemudian mereka juga membatasi jaminan tersebut pada bidang ekonomis saja. Pendapat lain dikemukakan Harun Alrasjid, dalam kertas kerjanya pada seminar Jaminan Sosial di Jakarta tahun 1978 mengemukakan bahwa jaminan sosial merupakan suatu pelindungan kesejahteraan masyarakat yang diselenggarakan atau dibina oleh pemerintah untuk menjaga dan meningkatkan taraf hidup rakyat.⁶ Berdasarkan batasan-batasan yang menyangkut risiko sosial-ekonomi, guna mempermudah analisis jaminan sosial dapat dibagi dalam empat kegiatan usaha utama, yaitu:

- 1) Pelayanan sosial (*social services*), yaitu usaha-usaha di bidang pencegahan dan pengembangan, misalnya kesehatan, keluarga berencana, pendidikan, kepemudaan, bantuan hukum, keagamaan dan organisasi kemasyarakatan;

⁶ S. Kertonegoro, *Jaminan Sosial, Prinsip dan Pelaksanaannya di Indonesia* (Jakarta: Mutiara, 1992), hlm. 27.

- 2) Bantuan sosial (*social assistance*), yaitu usaha-usaha di bidang pemulihan dan penyembuhan, misalnya bantuan untuk bencana alam, lanjut usia, anak yatim piatu, penderita cacat dan berbagai ketunaan;
- 3) Sarana sosial (*social infrastructure*), yaitu usaha-usaha di bidang pembinaan, dalam bentuk perbaikan gizi, perumahan, lingkungan, air bersih, transmigrasi, perkoperasian, ketertiban, dan masyarakat suku terasing;
- 4) Asuransi sosial (*social insurance*), yaitu usaha-usaha di bidang ketenagakerjaan yang khusus ditujukan untuk masyarakat tenaga kerja yang merupakan inti tenaga pembangunan dan selalu menghadapi risiko-risiko sosial ekonomis.⁷

Secara luas jaminan sosial dimaksudkan untuk mencegah dan mengatasi keterbelakangan, ketergantungan, keterlantaran, serta kemiskinan. Namun umumnya pengertian jaminan sosial hanya meliputi bantuan sosial dan asuransi sosial. ILO (*International Labour Organization*) mengartikan jaminan sosial sebagai usaha pemerintah untuk melindungi masyarakat (atau sebagian besar anggota masyarakat) dari tekanan ekonomi yang bisa menyebabkan hilangnya penghasilan karena sakit, pengangguran, cacat, hari tua, dan kematian; untuk menyediakan bagi masyarakat itu pemeliharaan kesehatan yang dibutuhkan; dan untuk memberi bantuan kepada keluarga dalam memelihara anak.⁸

Sedangkan dalam pengertian murni, jaminan sosial diartikan sebagai asuransi sosial. Kenneth Thomson, seorang tenaga ahli pada Sekretariat Jenderal *Internasional Social Security Association (ISSA)* di Jenewa, dalam *Regional Training ISSA* di Jakarta mengatakan bahwa jaminan sosial dapat didefinisikan sebagai pelindungan yang diberikan oleh masyarakat bagi anggota-anggotanya untuk risiko-risiko atau peristiwa-peristiwa tertentu dengan tujuan sejauh mungkin untuk menghindari terjadinya peristiwa-peristiwa tersebut yang dapat mengakibatkan hilangnya atau turunnya sebagian besar penghasilan, dan untuk memberikan pelayanan medis dan atau jaminan keuangan terhadap konsekuensi ekonomi dari terjadinya peristiwa tersebut, serta jaminan untuk tunjangan keluarga dan

⁷ *Ibid.*

⁸ *Ibid.*, hlm. 29.

anak. Adapun peristiwa-peristiwa yang biasanya dijamin oleh jaminan sosial meliputi:

- 1) Kebutuhan akan pelayanan medis;
- 2) Tertundanya, hilangnya atau turunnya sebagian besar penghasilan yang disebabkan: sakit, hamil, kecelakaan kerja dan penyakit jabatan, hari tua, cacat, kematian pencari nafkah, pengangguran;
- 3) Tanggung jawab untuk keluarga dan anak-anak.⁹

B. Jaminan Sosial: Sistem Kesejahteraan Rakyat

Kesejahteraan di dalam masyarakat tidak akan terjadi tanpa pemerataan. Pemerataan tidak dapat terjadi dengan sendirinya, melainkan perlu diupayakan untuk mencapainya. Pemikiran ini sejalan dengan konsep pembangunan sosial yang menekankan pembangunan yang berdasarkan kepada kepentingan rakyat atau seperti yang dikatakan David C. Korten sebagai *people centered development* (pembangunan yang berdimensi kerakyatan).¹⁰ Salah satu komponen penting dalam pembangunan sosial adalah membentuk tatanan sosial dengan menciptakan sistem jaminan sosial. Jaminan sosial sangat diperlukan untuk melindungi masyarakat dari akibat yang ditimbulkan oleh pembangunan dan sekaligus menciptakan keadilan di dalam masyarakat.

Dalam masyarakat industri, jaminan sosial merupakan suatu bentuk sistem pelindungan yang sangat dibutuhkan. Risiko-risiko kerja yang mungkin timbul sangat tinggi, hal ini seiring dengan perkembangan teknologi dan modernisasi. Kecelakaan kerja, terganggunya kesehatan, kematian, atau apapun kejadiannya yang menyebabkan terputusnya kemampuan mencari nafkah merupakan risiko yang senantiasa terjadi. Jaminan sosial tidak hanya menanggung akibat langsung daripada risiko kerja tetapi juga akibat tak langsung atau efek-efek negatif yang muncul akibat dari pekerjaan tersebut atau akibat dari keberadaan industri.

Industrialisasi menyebabkan terjadinya perubahan dalam masyarakat, misalnya pertambahan jumlah penduduk, akan

⁹ *Ibid.*, hlm. 30.

¹⁰ D. C. Korten dan Sjahrir, *Pembangunan Berdimensi Kerakyatan* (Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 1998).

berdampak tingginya permintaan akan pemukiman baru, pasar, jalan, serta munculnya masalah transportasi, air bersih, sampah dan sebagainya. Risiko yang terjadi dapat berupa risiko keamanan, risiko kecelakaan dalam perjalanan dari atau ke tempat kerja dan sebagainya. Risiko-risiko yang muncul sebagai akibat proses industrialisasi ini terus berkembang dan menjadi semakin kompleks.

Pembukaan daerah-daerah industri selama ini ternyata tidak diiringi dengan pembangunan sentra-sentra ekonomi di daerah tersebut. Perekonomian hanya terpusat di Ibukota, sedangkan daerah sebagai sumber ekonomi tersebut tetap tak tersentuh pembangunan kecuali dalam batas-batas tertentu dan untuk kalangan terbatas. Sehingga hal ini tidak mengherankan, apabila banyak daerah-daerah industri yang masyarakatnya hidup miskin.

Pembangunan kesejahteraan sebenarnya bukanlah hanya berfungsi sebagai penyantunan atau subsidi yang dilakukan negara, tetapi lebih luas lagi pembangunan kesejahteraan adalah upaya membangun suatu sistem sosial yang menyeluruh yang meliputi setiap aspek kehidupan manusia. Jadi bukan hanya pembangunan ekonomi yang didorong tetapi juga pembangunan kehidupan sosial, politik, ekonomi masyarakat, sehingga kesemuanya itu dapat berjalan seimbang.

Sistem subsidi, seperti subsidi BBM dan tarif dasar listrik, walaupun meringankan rakyat, tetapi akan sangat tergantung kepada kemampuan negara. Di samping itu, tidak ada jaminan bahwa yang memperoleh subsidi tersebut adalah masyarakat miskin atau bawah. Kenyataan yang terjadi selama ini, justru yang paling menikmati subsidi adalah masyarakat menengah ke atas. Oleh karena itu, agar hasil-hasil pembangunan tersebut dapat sampai dan dirasakan seluruh masyarakat, maka pertumbuhan ekonomi harus diimbangi dengan pemerataan. Pemerataan tidak dapat terjadi dengan sendirinya, tetapi diperlukan suatu sistem yang disebut sistem jaminan sosial yang dapat mendistribusikan hasil-hasil pembangunan tersebut secara adil dan merata.

Pengembangan sistem jaminan sosial di Indonesia masih sangat minim. Berdasarkan studi yang dilakukan Dixon dari Inggris yang mencoba mengevaluasi penerapan sistem jaminan sosial di 172 negara, ternyata Indonesia berada pada urutan 151, satu peringkat di atas Bangladesh dan jauh tertinggal di bawah negara ASEAN

umumnya.¹¹ Sistem jaminan sosial Indonesia masih belum memadai, diskriminatif karena hanya diberlakukan untuk sektor formal dan pekerja saja. Padahal sektor informal yang mempunyai jumlah yang sangat besar juga memerlukan sentuhan program kesejahteraan. Masyarakat pada sektor ini yang merupakan masyarakat bawah jelas menghadapi tingkat kerentanan yang tinggi karena status gizi dan kesehatan yang rendah, pendidikan rendah dan kemampuan rendah. Untuk membangun sistem jaminan sosial diperlukan suatu pemikiran untuk membangun sistem kesejahteraan secara keseluruhan yang berarti merumuskan kembali konsep pembangunan nasional. Karena bagaimanapun pembangunan sistem jaminan sosial atau kesejahteraan sosial akan memerlukan pengalokasian sebagian hasil-hasil pembangunan, dan ini berarti mengurangi PDB.

Pembangunan sistem jaminan sosial juga tak terlepas sebagai upaya untuk membangun tatanan sosial dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Oleh karena itu, konsep jaminan sosial tidak hanya diartikan sebagai asuransi semata tetapi suatu hal yang lebih luas lagi yaitu membangun tatanan sosial. Hal ini sesuai dengan konsep jaminan sosial, dimana terdapat empat kegiatan jaminan sosial, yaitu: *social assistance* (bantuan sosial), *social insurance* (asuransi sosial), *social services* (pelayanan sosial), dan *social infrastructure* (pembangunan sarana sosial).

¹¹ J. E. Dixon, *Social Security in Global Perspective* (Westport: Greenwood Publishing Group, 1999).

BAB IV

PETA JALAN:

GAGASAN SJSN DALAM PIDATO PRESIDEN 2002-2013

Perjalanan pembentukan BPJS seperti sekarang ini ternyata sangat panjang, terjal dan berliku. Tonggak bersejarah yang telah dibangun sepanjang perjalanan transformasi jaminan sosial Indonesia dimulai sejak amandemen UUD 1945 yang memunculkan Pasal 28H dan Pasal 34 ayat (3), yang ditindaklanjuti dengan ditetapkannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pada 19 Oktober 2004. Selanjutnya, Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005–2025 mencantumkan pembangunan jaminan sosial secara eksplisit mulai RPJM kedua, ketiga, dan keempat. Pada RPJM pertama, pembangunan pelindungan sosial diutamakan pada penyelenggaraan bantuan sosial bagi masyarakat miskin, yang salah satunya diarahkan pada tersedianya akses yang sama bagi masyarakat terhadap pelayanan sosial.

Pemenuhan hak-hak rakyat akan pelayanan sosial dasar dilaksanakan dengan penyediaan, penataan, dan pengembangan Sistem Pelindungan Sosial Nasional (SPSN). Ketiga pilar SPSN ditata dan dikembangkan secara terpadu dan terintegrasi mencakup:

- 1) bantuan sosial atau jaring pengaman sosial;
- 2) Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN); dan
- 3) program jaminan komersial.

SJSN yang sudah disempurnakan bersama SPSN yang didukung oleh peraturan perundang-undangan, pendanaan dan nomor induk kependudukan (NIK) akan dapat memberi pelindungan penuh kepada masyarakat luas secara bertahap. Pengembangan SPSN dan SJSN dilaksanakan dengan memerhatikan budaya dan sistem yang sudah mengakar di masyarakat luas. Jaminan sosial juga diberikan kepada kelompok masyarakat yang kurang beruntung termasuk masyarakat miskin, masyarakat yang tinggal di wilayah terpencil, tertinggal, dan wilayah bencana.

Gagasan mewujudkan Sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat untuk memelihara derajat kesehatan masyarakat tercantum dalam UUD 1945 dan Tap MPR No. VI/2002. Tap MPR No. VI/2002 merupakan hasil rekomendasi dalam Sidang Tahunan MPR 2002 yang harus dilaksanakan oleh lembaga negara. Rekomendasi bagi pemerintah salah satu diantaranya adalah penyusunan strategi pengembangan jaminan pemeliharaan kesehatan, yang dilaksanakan yaitu pertama, pengembangan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yakni bentuk:

- 1) jaminan kesehatan prabayar yang bersifat wajib untuk seluruh masyarakat;
- 2) pengembangan jaminan kesehatan berbasis sukarela;
- 3) asuransi kesehatan komersial;
- 4) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sukarela;
- 5) pengembangan jaminan kesehatan sektor informal;
- 6) jaminan kesehatan mikro (dana sehat);
- 7) dana sosial masyarakat; dan
- 8) pengembangan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (gakin).

Kedua, dalam pelaksanaannya, Kementerian Kesehatan pada saat itu antara lain:

- 1) mengembangkan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sukarela yang didasarkan pada UU No. 23 Tahun 1992, antara lain melalui penyusunan naskah Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, yang mengatur pemberian pelayanan sesuai kebutuhan utama pesertanya dengan menerapkan kendali biaya dan kendali mutu secara terpadu melalui sistem jaminan pemeliharaan kesehatan prabayar (pelayanan kesehatan terkendali).
- 2) mengalokasikan dana/anggaran pembangunan untuk jaminan pemeliharaan kesehatan bagi penduduk/keluarga miskin antara lain melalui kegiatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan di puskesmas dan rumah sakit.
- 3) menerapkan konsep jaminan kesehatan dengan menggunakan prinsip asuransi melalui uji coba di tiga provinsi dan 13

kabupaten/kota untuk jangka panjang telah dipersiapkan naskah RUU tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat

Dalam Sidang Tahunan MPR 2002, Presiden Abdurrahman Wahid menyatakan, "...Pemberdayaan masyarakat melalui berbagai program kredit mikro, jaminan kesejahteraan sosial, akses pendidikan dan pelayanan kesehatan, akses prasarana yang layak, kecukupan pangan, dan perluasan kesempatan kerja sangat penting dilakukan dalam penanggulangan kemiskinan. Dalam tahun yang sama Presiden Megawati Soekarno Putri, setelah menggantikan Abdurrahman Wahid dalam Sidang Paripurna DPR tahun 2002, menyampaikan:

".... Dalam upaya memberikan kesejahteraan dan pemenuhan jaminan sosial yang dapat menyentuh seluruh warga negara telah dilakukan upaya penyempurnaan sistem jaminan sosial nasional secara terpadu dan terkoordinasi agar setiap warga negara Indonesia mendapat hak atas kesejahteraan sosial yang sebaik-baiknya melalui program sistem jaminan sosial yang menyeluruh terutama untuk keluarga, masyarakat miskin, pekerja sektor informal, petani, nelayan, masyarakat yang terkena musibah/bencana dan penyandang masalah sosial lainnya melalui penelaahan, pengkajian dan perumusan kebijakan dan langkah-langkah dalam rangka penyelenggaraan program sistem jaminan sosial nasional yang meliputi baik aspek kelembagaan, program, perundang-undangan, pendanaan maupun aspek pelaksanaan lainnya. Khusus untuk sistem jaminan dan asuransi kesejahteraan sosial telah dilakukan uji coba dan penyusunan pedoman pelaksanaan sistem jaminan dan asuransi kesejahteraan sosial."

Sejak saat itu, pidato-pidato presiden sampai dengan periode pemerintahan Susilo Bambang Yudhoyono tidak luput untuk menyebut program jaminan sosial nasional ini. Pidato-pidato tersebut dapat diringkaskan sebagai berikut:

- 1) Pidato Kenegaraan Presiden Megawati Soekarno Putri, dalam Sidang Paripurna DPR Tahun 2003, menyebutkan, "..... Kebijakan pembangunan kesehatan juga terus berlangsung dengan upaya untuk mengembangkan program jaringan pelindungan sosial bidang kesehatan. Meskipun program ini dirancang sebagai program darurat terutama dalam pengentasan kemiskinan, tetapi dalam kerangka yang lebih besar, pelaksanaan program tersebut akan merupakan bagian

dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang saat ini sedang disusun oleh sebuah Tim yang saya bentuk..."

- 2) Pidato Kenegaraan Presiden Megawati Soekarno Putri, tanggal 16 Agustus 2004 dan Keterangan Pemerintah atas RUU tentang APBN TA 2005, serta Nota Keuangannya dalam Sidang DPR RI, menyebutkan ".....upaya pemerintah untuk melaksanakan amanah MPR RI guna membangun Sistem Jaminan Sosial Nasional. Rancangan Undang-undang yang dimaksudkan sebagai landasan hukum bagi penyelenggaranya, saat ini sedang dibahas di Dewan Perwakilan Rakyat, dan Insya Allah dapat segera selesai dan disahkan Apapun jenis dan seberapapun besarnya manfaat yang untuk sementara dapat diwujudkan pada tahap awal nanti, tetapi pikiran dasarnya adalah, kita dapat selangkah lagi maju dalam memberikan kesejahteraan kepada seluruh rakyat Indonesia."
- 3) Pidato Kenegaraan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono tanggal 16 Agustus 2005 dan Keterangan Pemerintah atas RUU tentang APBN TA 2006, serta Nota Keuangannya dalam Sidang DPR RI, menyebutkan "Pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin secara gratis telah diupayakan oleh Pemerintah sejak terjadinya krisis ekonomi tahun 1997. Pelaksanaan bantuan sosial, akan dilakukan dengan (1) menyusun berbagai peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan bantuan dan jaminan kesejahteraan sosial; (2) menyediakan bantuan dasar pangan, sandang, papan dan fasilitas bantuan tanggap darurat dan bantuan pemulangan/terminasi, serta stimulan bahan bangunan rumah bagi korban bencana alam, bencana sosial dan PMKS yang lain; (3) memberikan bantuan bagi daerah penerima ekskorban kerusuhan dan pekerja migran bermasalah; (4) memberikan bantuan bagi korban tindak kekerasan melalui pelindungan dan advokasi sosial; dan (5) menyelenggarakan bantuan dan jaminan sosial bagi fakir miskin, penduduk daerah kumuh, dan PMKS yang lain."
- 4) Pidato Kenegaraan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono 16 Agustus 2006 dan Keterangan Pemerintah atas RUU tentang APBN Tahun Anggaran 2007, serta Nota Keuangannya dalam Sidang DPR RI, menyebutkan "Pelindungan dan kesejahteraan sosial diperlukan bagi seluruh rakyat Indonesia untuk meningkatkan

kualitas kehidupan yang layak dan bermartabat. Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan pelindungan dan kesejahteraan sosial dengan menangani masalah-masalah sosial seperti kemiskinan, keterlantaran, kecacatan, ketunaan sosial dan korban bencana alam serta memberi perhatian utama pada tercukupinya kebutuhan dasar melalui pengembangan dan perbaikan sistem jaminan sosial. Pelindungan sosial yang ada saat ini seperti sistem jaminan sosial, masih belum banyak memberikan manfaat yang berarti bagi masyarakat. Penyelenggaraan jaminan sosial telah banyak dilaksanakan baik oleh lembaga pemerintah maupun swasta. Masing-masing mempunyai landasan hukum sendiri, tetapi antara satu sistem dengan sistem lainnya belum terintegrasi dengan baik. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional belum dapat dilaksanakan sesuai dengan harapan. Bantuan sosial yang diperuntukkan bagi penduduk miskin juga masih terbatas, yaitu antara lain pada bidang pendidikan dan kesehatan.”

- 5) Pidato Kenegaraan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono 16 Agustus 2007 serta Keterangan Pemerintah atas RUU tentang APBN TA 2008, beserta Nota Keuangannya dalam Rapat Paripurna DPR RI, menyebutkan, “Pembangunan di bidang pelindungan sosial merupakan salah satu prioritas pemerintah, terutama pelindungan terhadap mereka yang kurang beruntung. Upaya pemerintah dalam bidang pelindungan sosial meliputi pemberian bantuan sosial dan menyempurnakan sistem jaminan sosial berbasis asuransi terutama bagi masyarakat miskin. Upaya pemerintah berkaitan dengan pemberian bantuan sosial meliputi bantuan sosial, baik bagi perseorangan maupun bagi kelompok yang mengalami kehilangan peranan sosial atau yang menjadi korban bencana, sedangkan upaya pemerintah dalam bidang jaminan sosial bertujuan untuk memelihara taraf kesejahteraan sekiranya masyarakat menghadapi risiko atas perubahan kehidupan yang mendadak karena terjadinya musibah atau kejadian lain yang berdampak pada penghidupannya. Pemerintah telah melakukan berbagai upaya dalam menangani masalah sosial seperti kemiskinan, keterlantaran, kecacatan, ketunaan sosial, keterpencilan, dan korban bencana alam. Selain itu, pemerintah secara bertahap

terus menyempurnakan sistem jaminan sosial berbasis asuransi, terutama bagi mereka yang miskin."

- 6) Pidato Kenegaraan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono 15 Agustus 2008 serta Keterangan Pemerintah atas RUU tentang APBN TA 2009, beserta Nota Keuangannya dalam Rapat Paripurna DPR RI, menyebutkan "Bantuan dan jaminan sosial itu merupakan hak dasar manusia karena apabila tidak dilakukan secara tepat akan mengakibatkan terjadinya kesenjangan sosial, yang pada akhirnya dapat mendorong terjadinya konflik sosial, terutama bagi kelompok masyarakat yang tinggal di wilayah terpencil, terisolasi dan berada di perbatasan Pemerintah terus mengupayakan pemberian bantuan dan jaminan sosial dengan meningkatkan pemberdayaan sosial, menyediakan pelayanan dan rehabilitasi sosial, mengembangkan kegiatan sosial melalui pendidikan dan penelitian sosial yang diharapkan mampu mengubah perilaku dan mengurangi ketergantungan masyarakat. Selain itu, pembangunan kesejahteraan sosial diupayakan pada terbentuknya sistem jaminan sosial yang berkualitas, yang dapat mencakup seluruh lapisan masyarakat, dan memberdayakan mereka yang tidak mampu untuk meningkatkan kualitas hidup mereka.... Permasalahan terpenting terletak pada belum terpenuhinya kebutuhan dasar, seperti pangan, sandang, dan perumahan serta belum terpenuhinya aksesibilitas masyarakat yang memiliki keterbatasan kemampuan terhadap bantuan sosial, berbagai sumber pelayanan rehabilitasi dan jaminan sosial, serta pelayanan dasar lainnya."
- 7) Pidato Kenegaraan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono 14 Agustus 2009 dalam Rangka Peringatan Hari Ulang Tahun Ke 64 Kemerdekaan RI dalam Rapat Paripurna DPR RI, menyebutkan "Peningkatan pelindungan dan kesejahteraan sosial merupakan salah satu prioritas pembangunan bidang sosial terutama pelindungan terhadap mereka yang termasuk ke dalam kelompok penduduk miskin dan rentan. Pelindungan dan kesejahteraan sosial di Indonesia diwujudkan dalam bentuk bantuan sosial dan jaminan sosial Selanjutnya, dalam kaitan pembangunan kesejahteraan sosial, penanganan dan penyelesaian permasalahan sosial juga dilakukan melalui skema jaminan sosial berbasis asuransi. Bantuan sosial (*social*

assistance) merupakan bantuan yang diberikan secara langsung tanpa adanya kewajiban berkontribusi dari masyarakat, sedangkan jaminan sosial (*social insurance*) berbasis asuransi lebih bersifat sistem yang memanfaatkan iuran setiap peserta. Sistem ini diharapkan mampu melayani seluruh lapisan masyarakat dan memberdayakan mereka yang lemah dan tidak mampu untuk dapat mempertahankan kehidupan yang layak sesuai dengan martabat kehidupan manusia dalam melewati berbagai situasi. Pemerintah secara bertahap terus menyempurnakan sistem jaminan sosial berbasis asuransi, terutama, bagi kelompok masyarakat miskin. Jaminan sosial ini merupakan sistem yang mampu melayani seluruh lapisan masyarakat dan memberdayakan mereka yang tidak mampu sehingga dapat mempertahankan kehidupan yang layak sesuai dengan martabat kehidupan manusia. Pembangunan sistem jaminan sosial nasional dimulai dengan disahkannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sesuai dengan amanat Pasal 28H Amandemen Kedua, UUD 1945, setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Negara berkewajiban menyelenggarakan pelayanan kesejahteraan sosial yang berkualitas dan produktif sehingga dapat meningkatkan kapabilitas, harkat, martabat dan kualitas hidup penduduk miskin dan rentan, terutama sebagai PMKS."

- 8) Pidato Kenegaraan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono 16 Agustus 2010 dalam Rangka HUT Ke-65 Proklamasi Kemerdekaan RI di depan Sidang Bersama DPR RI dan DPD RI, menyebutkan, bahwa "Secara khusus permasalahan yang dihadapi dalam pembangunan kesehatan, antara lain: (1) rendahnya tingkat keberlanjutan pelayanan kesehatan (*continuum of care*) pada ibu dan anak, khususnya pada penduduk miskin; (2) prevalensi anak yang pendek (*stunting*) sebagai indikasi kekurangan gizi kronis yang masih sangat tinggi; (3) terjadinya *double burden of diseases* (di satu pihak penyakit menular masih merupakan masalah, di lain pihak penyakit tidak menular menunjukkan kecenderungan meningkat); (4) terjadinya fluktuasi harga obat yang tinggi karena masih tingginya ketergantungan pada bahan

- baku obat dari luar negeri dan rendahnya tingkat pemanfaatan obat generik berlogo terutama di RSUD, RS swasta, dan apotek; (5) jaminan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin yang belum sepenuhnya dapat meningkatkan status kesehatan penduduk miskin dan skema asuransi kesehatan nasional seperti yang diinginkan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang belum terlaksana; serta (6) belum efektifnya manajemen dan informasi pembangunan kesehatan, termasuk dalam pengelolaan administrasi, hukum, dan penelitian pengembangan kesehatan.
- 9) Pidato Kenegaraan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono 16 Agustus 2011 dalam Rangka HUT Ke-66 Proklamasi Kemerdekaan RI di depan Sidang Bersama DPR RI dan DPD RI, menyebutkan "Saat ini, pemerintah dan DPR sedang dalam proses melakukan pembahasan RUU BPJS (Rancangan Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) yang merupakan amanat UU SJSN. Diharapkan pada tahun ini pula, RUU BPJS dapat diundangkan. Selain itu, kegiatan lain yang dilaksanakan pemerintah dalam waktu dekat adalah penyusunan peta jalan (*roadmap*) pencapaian kepesertaan menyeluruh (*universal coverage*) program jaminan kesehatan."
- 10) Pidato Kenegaraan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono 16 Agustus 2012 dalam Rangka HUT Ke-67 Proklamasi Kemerdekaan RI di depan Sidang Bersama DPR RI dan DPD RI, menyebutkan "Jaminan Kesehatan untuk Rakyat Miskin dan hampir miskin (*near poor*) dalam bentuk Jamkesmas terus kita perluas. Rakyat miskin, kini dapat berobat dan dirawat secara gratis di Puskesmas dan Rumah Sakit. Sebagai tindak lanjut ditetapkannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pemerintah dan DPR telah mengesahkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Ini berarti, secara bertahap, lima jenis jaminan sosial yaitu: jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian akan dapat dinikmati oleh rakyat."
- 11) Pidato Kenegaraan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono 16 Agustus 2013 dalam Rangka HUT Ke-68 Proklamasi Kemerdekaan RI di depan Sidang Bersama DPR RI dan DPD RI, bahwa "Dalam upaya meningkatkan kualitas hidup masyarakat,

Pemerintah berkomitmen untuk terus meningkatkan pelaksanaan pelindungan sosial (*social security*) bagi seluruh rakyat Indonesia. Untuk itu, dalam tahun 2014 kita mulai melaksanakan secara bertahap Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam tahun 2013, Pemerintah telah mengalokasikan dukungan anggaran berupa Penyertaan Modal Negara pada masing-masing BPJS. Untuk tahun 2014, sebagai tahun pertama pelaksanaan sistem jaminan ini, khususnya jaminan kesehatan, Pemerintah terus melakukan berbagai langkah dan upaya perbaikan. Langkah-langkah itu diantaranya, dengan meningkatkan kapasitas puskesmas-puskesmas dan rumah sakit-rumah sakit pemerintah, terutama penambahan tempat tidur kelas III. Kita persiapkan pula penyediaan tenaga medis yang memadai, agar dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada masyarakat. Khusus bagi fakir miskin dan masyarakat yang tidak mampu, Pemerintah memberikan bantuan iuran kepada mereka yang dikelompokkan sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI). Tujuannya, agar dapat ikut serta terlayani oleh sistem jaminan sosial ini. Bagi kelompok masyarakat lainnya, mereka wajib membayar iuran dengan jumlah nominal tertentu sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Dengan ditingkatkannya iuran PBI menjadi Rp19.225 per orang, per bulan, kita harapkan penyedia layanan kesehatan swasta makin aktif untuk ikut serta dalam penyediaan layanan kesehatan ini.

BAB V

KETAHANAN SOSIAL MASYARAKAT

Kehidupan manusia senantiasa penuh dengan serba ketidakpastian terutama mengenai kejadian waktu yang akan datang. Ketidakpastian ini bisa dibedakan menjadi dua golongan, yaitu:

- 1) ketidakpastian spekulatif, yang dapat mendatangkan keuntungan, sehingga dikehendaki oleh mereka yang melakukan spekulasi; dan
- 2) ketidakpastian murni, yang sering mengakibatkan kerugian, sehingga umumnya manusia berusaha mengurangi atau menghilangkannya, yang dikenal sebagai risiko.

Risiko dapat digolongkan dalam dua kelompok utama, yaitu risiko fundamental dan risiko khusus. Risiko fundamental bersifat makro-kolektif dan dirasakan oleh seluruh atau sebagian besar masyarakat seperti:

- 1) risiko politis, seperti kenaikan suhu politik pada waktu mendekati pemilu;
- 2) risiko ekonomis, seperti tekanan inflasi akibat suatu kebijaksanaan moneter;
- 3) risiko sosial, seperti keresahan masyarakat yang diakibatkan meningkatnya tindak kejahatan;
- 4) risiko pertahanan-keamanan, seperti ancaman serangan bersenjata dari negara lain; dan
- 5) risiko internasional, seperti kegagalan diplomasi dalam memperjuangkan tujuan tertentu.

Risiko khusus bersifat mikro-individual, yang dirasakan oleh perorangan atau unit usaha seperti:

- 1) risiko terhadap diri pribadi, misalnya berupa ancaman terhadap kesehatan atau jiwa seseorang;
- 2) risiko terhadap harta benda yang bisa menyangkut kerusakan atas kekayaan;

12 Betke "Statistik Keteraanaman Sosial", Menju Operasionalisasi Konsep Baru dalam Bidang Statistik Sosial", Makalah diskuusi Pakar Departemen Sosial, 2002.

- 3) risiko usaha yang berupa kegagalan usaha suatu perusahaan, Risiko mikro individual ini dapat menimbulkan bentuk kemeritsukan kritis, yaitu kelompok yang paling mendekati terjadi gunungan, situasi darurat atau konflik. Konidisasi penduduk sosial yang terjadi pada penduduk miskin merupakan penyebab kemeritsukan masa kritis berlangsung. menerangkan miskin selama masa kritis berlangsung, menunjukkan keteraanaman yang berlangsung lama.
- 2) tingkat pelindungan yang dimiliki oleh individu untuk melakukannya tindakan-tindakan yang bersifat penegakan sebaliknya seorang caca, Penduduk yang berusaha lanjut, para anak, para pemuda, para orang tua dan kerabat yang terlantar, warga usia lanjut berserta orang duda/janda, anak terlantar, warga usia lanjut berserta orang tua ceraian yang kurang mapu, segeri kelaeraga miskin, orang tua ceraian yang dukungan yang dimiliki oleh individu atau kelompok orang caca;
- 1) tingkat pelindungan yang dimiliki oleh manusia rentan, segeri meningkatkan keteraanaman sosial masayarakat dalam menghadapi risiko. Menurut Betke¹² keteraanaman sosial mencakup:
- 2) tingkat dukungan yang dimiliki oleh individu tiga adaptasi yang diwujudkan oleh individu, kelompok dan keluarga;
- 3) tingkat partisipasi dalam bidaan sosial-politik yang dapat mencatat yang terlantar,
- 4) tingkat pengendalian sosial (social control) terhadap kekerasan, segeri kekerasan di dalam komunitas, di antara kelompok etnis yang kurang mapu, segeri kelaeraga miskin, orang tua ceraian yang dukungan yang dimiliki oleh individu atau kelompok orang caca;
- dan budaya; dan

- 5) tingkat pemeliharaan/kelestarian dalam pemanfaatan sumber daya alam sebagai dasar mata pencaharian lokal.

Secara sederhana, ketahanan sosial suatu komunitas sering dikaitkan dengan kemampuan anggota komunitas itu dalam mengatasi risiko akibat perubahan sosial, ekonomi, politik yang mengelilinginya.¹³ Suatu komunitas dapat dikatakan memiliki ketahanan sosial, jika:

- 1) mampu melindungi secara efektif anggota komunitasnya yang rentan dari perubahan sosial yang memengaruhinya;
- 2) mampu melakukan investasi sosial dalam jaringan sosial yang menguntungkan; dan
- 3) mampu mengembangkan mekanisme yang efektif dalam mengelola konflik dan kekerasan.¹⁴

Setidaknya, terdapat dua pandangan tentang ketahanan sosial, yaitu yang menyatakan bahwa ketahanan sosial merupakan bagian integral dari ketahanan nasional, dan selain ketahanan ekonomi, politik, budaya, pertahanan-keamanan, dan ketahanan sosial sebagai kemampuan komunitas dalam memprediksi, mengantisipasi, dan mengatasi perubahan sosial yang terjadi, sehingga masyarakat tetap dapat koeksistensi dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.

Setidaknya, ketahanan sosial dapat digambarkan sebagai kemampuan bertahan suatu komunitas dari arus perubahan sosial dengan cara menghindari dan atau mengelola konflik, mencari ~~bentuk~~ *lalai* solusi, seiring dengan perkembangan komunitas itu sendiri. Ketahanan sosial mencakup kemampuan internal untuk menggalang konsensus dan mengatur sumber daya dan faktor eksternal yang dapat menjadi sumber ancaman, namun dapat diubah menjadi peluang. Jaminan sosial merupakan konsensus dan sumber daya sekaligus yang dapat digunakan sebagai salah satu faktor yang memperkuat ketahanan sosial. Jaminan sosial memiliki aspek dinamik dan keseimbangan yang memungkinkan warga masyarakat tidak hanya memiliki kemampuan untuk bertahan, tetapi juga memiliki kemampuan untuk segera kembali kepada kondisi semua atau justru lebih baik lagi.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ R. Achwan "Ketahanan Sosial Komuniti di Indonesia: beberapa Catatan Empiris", Makalah diskusi Pakar Departemen Sosial, 2002.

Dalam perspektif ketahanan sosial, jaminan sosial akan mampu melindungi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dari perubahan sosial yang cenderung individualistik, materialistik, hedonistik, yang berakibat pada merosotnya perhatian dan kedepulian sosial. Kemampuan jaminan sosial melindungi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dari perubahan sosial tersebut, akan memperkuat kesetiakawanan sosial dan tatanan sosial. Tatanan sosial berfungsi menjaga agar manusia dalam kapasitasnya sebagai sumber daya, sebagai suatu faktor produksi dalam perekonomian, tidak dianggap sebagai alat semata dan menjaga hak-hak individu dilindungi dan dijunjung tinggi dalam semua kegiatan ekonomi.¹⁵ Hak-hak tersebut, merupakan hak asasi yang dimiliki oleh setiap orang, misalnya hak kesehatan, hak untuk mendapatkan pendidikan, hak untuk hidup layak, hak untuk mendapatkan pekerjaan yang layak, hak untuk dihargai sebagai manusia, hak untuk mengembangkan diri dan sebagainya.

Jaminan sosial merupakan mekanisme redistribusi pendapatan dengan memenuhi hak individu yang dapat mengatasi masalah-masalah sosial yang timbul seperti kemiskinan, pengangguran, kesehatan, pendidikan, dan masalah lingkungan. Langkah penyelegaraan jaminan sosial ini dilakukan dengan:

- 1) mengeluarkan kebijakan yang bersifat makro yang meliputi kebijakan ekonomi, ketenagakerjaan, kesejahteraan sosial, kesehatan, pendidikan, dan lingkungan yang mempunyai suatu kesamaan visi dan misi;
- 2) mendirikan institusi yang bertugas melakukan pendataan, menghimpun dana dari masyarakat dengan mengecualikan masyarakat yang tidak mampu, dan mengklasifikasikan masyarakat yang memerlukan bantuan.

Sasaran pengembangan kebijakan, strategi dan program jaminan sosial harus bertumpu pada sasaran individu, keluarga dan komunitas yang dikategorikan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) dan Potensi dan Sumber Kesejahteraan Sosial (PSKS), sehingga dapat memperkuat ketahanan sosial masyarakat dalam mencegah terjadinya masalah sosial, menanggulangi masalah sosial, dan melindungi kelompok rentan di lingkungannya.

¹⁵ H. Lampert, *loc. cit.* hlm. 154.

Sasaran kebijakan, strategi dan program jaminan sosial yang demikian akan memampukan individu, keluarga dan komunitas yang memungkinkan mereka untuk meningkatkan kualitas hidup dan kemaslahatannya (*quality of life and wellbeing*). Oleh karena itu, pemenuhan kebutuhan masyarakat untuk peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan sosial, tidak hanya dibebankan kepada masyarakat, tetapi juga menjadi kewajiban negara. Negara berkewajiban memenuhi kebutuhan dasar, terutama pendidikan dasar, pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesejahteraan sosial, mengingat selalu ada individu, keluarga, kelompok atau komunitas yang miskin, rentan atau mengalami masalah sosial karena memiliki hambatan fungsi sosial.

Sistem jaminan sosial yang dapat mendukung ketahanan sosial antara lain adalah program asuransi sosial (*social insurance*) dan bantuan sosial (*social assistance*), juga dapat dipandang sebagai dimensi pembangunan sosial dalam membantu masyarakat secara lebih adil, efisien dan berkelanjutan. Peran dan tanggung jawab pemerintah dan masyarakat secara proporsional dan jelas posisinya, akan menghasilkan sistem pelindungan sosial (*social protection*) sebagai basis dalam pembangunan yang berkelanjutan (*sustainable development*).

BAB VI

PENUTUP

Salah satu komponen penting dalam pembangunan sosial adalah menjalankan sistem jaminan sosial sebagai bentuk kewajiban pemerintah untuk melindungi warga negaranya dari risiko yang muncul akibat perubahan sosial. Dewasa ini, persamaan hak dan keadilan telah menjadi isu yang mendominasi dalam menentukan kebijakan ekonomi yang sejalan dengan pembangunan sosial. Pembangunan sosial harus ditujukan untuk mensukseskan pembangunan ekonomi, dan sebaliknya pembangunan ekonomi harus diarahkan untuk meningkatkan kualitas kesejahteraan sosial. Pembangunan sosial juga tidak menolak pertumbuhan, karena pembangunan tanpa pertumbuhan bukan pembangunan, akan tetapi pertumbuhan tidak boleh mengorbankan manusia dan kelestarian lingkungan, bahkan sebaliknya harus meningkatkannya. Upaya-upaya yang dapat dilakukan melalui jaminan sosial, diantaranya:

- 1) pemberdayaan masyarakat;
- 2) bantuan sosial;
- 3) pembangunan sarana dan prasarana sosial;
- 4) menyelenggarakan asuransi sosial di bidang kesehatan;
- 5) menyelenggarakan asuransi sosial di bidang pendidikan;
- 6) menyelenggarakan asuransi kecelakaan; dan
- 7) tunjangan pensiun.

Pembangunan sistem jaminan sosial harus merupakan komitmen pemerintah dalam melakukan pembangunan yang berpihak kepada rakyat. Keadilan masyarakat harus selalu dipertimbangkan dalam melakukan suatu pembangunan. Pembangunan itu harus dirasakan oleh seluruh bangsa Indonesia, tanpa ada keberpihakan kepada kelompok-kelompok tertentu. Memang hal ini tidaklah mudah, karena menyangkut berbagai kebijakan dari berbagai sektor. Namun yang terpenting, jika *political will* pembangunan adalah

kesejahteraan hal ini bukanlah suatu permasalahan karena dengan sendirinya apapun kebijakan yang diambil akan menggunakan pendekatan kesejahteraan. Pendekatan kesejahteraan ini perlu didukung oleh pembangunan berkelanjutan yang menciptakan ketahanan masyarakat, yaitu:

- 1) responsif (*social responsive*) terhadap kebutuhan dan aspirasi masyarakat miskin;
- 2) dapat diandalkan (*social reliable*) yang ditunjukkan oleh penyelenggaraan yang efisien dari apa yang diharapkan dengan dibangunnya modal sosial; dan
- 3) melahirkan masyarakat yang mempunyai ketahanan sosial (*social resilient*) terhadap situasi yang berisiko, guncangan, darurat, krisis, tekanan sosial budaya, ekonomi dan politik.

DAFTAR PUSTAKA

- Dixon, J. E. 1999. *Social Securiy in Global Perspective*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Giri, A. K. dan Van Ufford, P. Q. 2004. "A Moral Critique of Development: Ethics, Aesthetics and Responsibility", Working Paper No. 128 Development Research Series Research Center on Development and International Relations. Denmark: Institute for History, International, and Social Studies.
- Kertonegori, S. 1992. *Jaminan Sosial, Prinsip dan Pelaksanaannya di Indonesia*. Jakarta: Mutiara.
- Lampert, H. dan Althammer, J. W. 2007. *Lehrbuch der Sozialpolitik*. Berlin: Springer-Verlag.
- Korten, D. C. dan Sjahrir. 1988. *Pembangunan Berdimensi Kerakyatan*, Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.

Makalah

- Ancok, D. "Modal Sosial dan Kualitas Masyarakat", Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar pada Fakultas Psikologi UGM, Yogyakarta, 3 Mei 2003.
- Achwan, R. "Ketahanan Sosial Komuniti di Indonesia: Beberapa Catatan Empiris", Makalah Diskusi Pakar Departemen Sosial, 2002.
- Betke "Statistik Ketahanan Sosial: Menuju Operasionalisasi Konsep Baru dalam Bidang Statistik Sosial", Makalah Diskusi Pakar Departemen Sosial, 2002.

BPJS KESEHATAN DAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT
(Sebuah Analisis Penyelenggaraan
Program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia)

oleh: Hartini Retnaningsih*

BAB I
PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan bagian tak terpisahkan dari kesejahteraan masyarakat, di mana kondisi kesehatan yang baik akan menjadi sarana menuju terwujudnya peningkatan kesejahteraan masyarakat. Idealnya, kondisi kesehatan masyarakat yang baik akan mencerminkan kesejahteraan masyarakat yang baik pula, dan sebaliknya kondisi kesehatan masyarakat yang buruk akan menunjukkan buruknya kualitas hidup mereka. Kesehatan masyarakat merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan pembangunan, sehingga masalah kesehatan masyarakat perlu menjadi fokus perhatian Pemerintah dalam setiap langkah penyelenggaraan program-program pembangunan. Seharusnya kesehatan masyarakat menjadi bagian yang komprehensif dari pembangunan nasional.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia, dan oleh karenanya setiap orang berhak untuk mendapatkan layanan kesehatan yang memadai. Hak untuk hidup sehat merupakan bagian dari hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya (hak-hak Ekosob) yang dideklarasikan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Sebagaimana dikemukakan oleh Bawsir dan kawan-kawan,

"Untuk memperkuat jaminan terlaksananya Deklarasi Hak-Hak Azasi Manusia itu, maka pada tahun 1966 dirumuskanlah apa yang

* Peneliti Madya Bidang Studi Kemasyarakatan (Kepakaran Analisis Dampak Sosial dan Evaluasi Program) di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI. e-mail: hartiniretnaning@yahoo.com.

disebut sebagai Perjanjian Internasional mengenai Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya. Pembuatan perjanjian itu dimaksudkan sebagai penjabaran yang lebih rinci mengenai hak-hak asasi manusia yang harus dilindungi. Hak-hak itu dijabarkan dalam bentuk pelindungan dan pengakuan (i) hak atas pangan, (ii) hak atas kepemilikan, (iii) hak atas pekerjaan, (iv) hak atas pendidikan, (v) hak atas kesehatan, (vi) hak atas taraf kehidupan yang layak), (vii) hak untuk menikmati dan mengembangkan ilmu pengetahuan".¹

Hak-hak Ekosob tersebut tentu saja tidak serta-merta selalu tersedia, sehingga negara sebagai otoritas tertinggi harus senantiasa berupaya menyediakan fasilitas bagi warganya untuk memenuhi hak-hak tersebut. Salah satu hak yang vital tersebut adalah hak masyarakat untuk hidup sehat. Hingga saat ini pemenuhan hak masyarakat untuk hidup sehat masih menjadi permasalahan besar di Indonesia, dikarenakan adanya berbagai kendala. Terkait hal ini, Bawsir dan kawan-kawan mengemukakan,

"Dalam perjanjian internasional itu, disebutkan bahwa pemenuhan ketujuh hak ekonomi, sosial, dan budaya tersebut adalah tanggung jawab negara. Artinya sejauh mana hak-hak ini dapat diakses dan dinikmati oleh masyarakat tergantung dari proses pembangunan tiap-tiap negara. Oleh karena strategi pembangunan neoliberal di Indonesia ternyata menghasilkan transformasi struktural yang semu sehingga berakibat pada kesenjangan dan kemiskinan, maka evaluasi terhadap pemenuhan hak ekonomi, sosial, dan budaya di Indonesia mutlak dilakukan sebagaimana akan diuraikan bab-bab berikut. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk memberikan masukan bagi perumusan strategi advokasi hak ekonomi, sosial, dan budaya di Indonesia. Peran advokasi ini menjadi dominan dalam perspektif bahwa pembangunan adalah dialektika hubungan antara negara dan masyarakat di mana negara adalah otonom terhadap kepentingan masyarakat. Harapannya dalam melaksanakan pembangunan negara menjadi lebih inspiratif terhadap tuntutan masyarakat atas pemenuhan hak-hak asasi, yaitu dengan melaksanakan pembangunan yang lebih berwajah kemanusiaan atau yang lebih berperasaan".²

¹ R. Bawsir, et al., *Pembangunan Tanpa Perasaan (Evaluasi Pemenuhan Hak Ekonomi Sosial Budaya Orde Baru)*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, IDEA, & ELSAM, 1999), hlm. 24-25.

² *Ibid.*, hlm. 25.

Dalam upaya pemenuhan hak untuk hidup sehat, idealnya setiap negara memiliki sistem jaminan kesehatan nasional untuk warganya. Sistem jaminan kesehatan tersebut sangat penting, karena akan berdampak pada tingkat kesejahteraan masyarakat. Dalam hal ini diperlukan sistem nasional yang mampu memberikan layanan dan jaminan kesehatan yang memadai dari negara untuk masyarakat. Masyarakat harus mendapatkan kemudahan akses untuk menjaga kesehatan dan mengobati penyakit yang dideritanya. Penanganan kesehatan masyarakat akan terlaksana dengan baik jika ada suatu sistem yang mendukungnya, yang penyelenggarannya dilakukan melalui program yang terintegrasi secara profesional. Jika masyarakat mendapatkan layanan dan jaminan kesehatan yang memadai, maka upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat dapat dicapai. Dalam hal ini sistem jaminan sosial nasional merupakan kunci utama bagi upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Tulisan ini dimaksudkan untuk mengkaji hubungan antara Program Jaminan Kesehatan Nasional (Program JKN) dan kesejahteraan masyarakat, dikarenakan hal ini sangat penting, terlebih dengan diberlakukannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Asumsi yang dikemukakan adalah, jika UU SJSN dan UU BPJS diimplementasikan dengan baik, maka hal tersebut akan membawa dampak positif dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat. Dengan demikian, Program JKN seharusnya mempunyai korelasi dan berdampak positif pada peningkatan kesejahteraan masyarakat.

BAB II

KESEHATAN DAN KESEJAHTERAAN

Secara ideal, masalah kesehatan berhubungan positif dengan kesejahteraan masyarakat, di mana dalam kondisi kesehatan yang baik maka masyarakat akan sejahtera. Sebaliknya, jika kondisi kesehatan masyarakat buruk, maka akan terjadi banyak hal yang kontraproduktif yang pada akhirnya dapat mengurangi rasa sejahtera mereka. Sebagai ilustrasi, seseorang yang sakit tidak akan dapat bekerja secara maksimal sehingga dia menjadi tidak produktif secara sosial dan ekonomi, sehingga berdampak pada rendahnya kesejahteraan. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa kesehatan merupakan kondisi awal yang sangat penting bagi seseorang untuk hidup dan bekerja secara produktif baik dari sisi sosial maupun dari sisi ekonomi.

Negara perlu memberikan jaminan bagi masyarakat untuk mendapatkan haknya berupa kehidupan yang sehat. Oleh karena itu, makna kesehatan sangat perlu dipahami bukan saja oleh negara, namun juga oleh masyarakat. Sebagaimana dikemukakan oleh Bawsir dan kawan-kawan,

"Pengertian kesehatan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 1948) adalah "suatu keadaan fisik, mental, dan sosial kesejahteraan dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan". Dan pada tahun 1986, WHO dalam Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan, juga memberi batasan bahwa kesehatan adalah "sumber daya bagi kehidupan sehari-hari, bukan tujuan hidup Kesehatan adalah konsep positif menekankan sumber daya sosial dan pribadi, serta kemampuan fisik."³

Berdasarkan pengertian tersebut, maka kesehatan sudah pasti menyangkut kondisi baik fisik maupun nonfisik individu maupun masyarakat, yang dapat menjadi sumber daya bagi kelangsungan

³ "Pengertian Kesehatan", <http://belajarpsikologi.com/pengertian-kesehatan/>, diakses 15 Mei 2014.

hidup mereka. Dengan kata lain, jika individu atau masyarakat mempunyai kesehatan yang baik, maka akan mudah bagi mereka untuk melakukan berbagai aktivitas kehidupan, yang pada akhirnya akan berujung pada kesejahteraan.

Menurut Profesor Winslow dari Universitas Yale (Leavel and Clark, 1958) Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, kontrol infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk mendeteksi dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya. Sedangkan, Definisi Kesehatan Masyarakat menurut Ikatan Dokter Amerika, AMA, (1948) adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.⁴

Berdasarkan pengertian tersebut, maka kesehatan merupakan sesuatu yang sangat penting dalam kehidupan manusia. Kesehatan merupakan satu bagian dari serangkaian kehidupan yang panjang pada diri manusia, di mana dengan kondisi kesehatan yang baik maka kesehatan tersebut akan menjadi modal bagi manusia untuk menghadapi kehidupannya baik sebagai individu maupun sebagai anggota masyarakat. Keberhasilan seseorang dalam menjaga kesehatan akan berdampak pada keberhasilan aspek-aspek lain dalam kegiatan-kegiatan hidup mereka.

Menurut Ketentuan Umum Butir 1 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, "Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis".⁵ Dengan demikian, kesehatan merupakan titik tolak bagi seseorang untuk menjalankan aktivitasnya, dengan kondisi kesehatan yang baik maka orang tersebut akan produktif baik secara sosial maupun ekonomi. Demikian juga sebaliknya, jika kondisi kesehatan seseorang

⁴ "Definisi Kesehatan Masyarakat", <http://www.abcmedika.com/2013/09/definisi-kesehatan-masyarakat.html>, diakses 15 Mei 2014.

⁵ UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 1 angka 1.

tidak baik, maka yang bersangkutan tidak akan produktif dalam menjalankan kegiatan sosial dan ekonominya sehari-hari.

Menurut Ketentuan Umum Butir 7 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, "Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan".⁶ Ketentuan tersebut menegaskan bahwa kesehatan dapat diwujudkan dengan adanya fasilitas yang memadai. Untuk mencapai derajat kesehatan baik individu maupun masyarakat dibutuhkan fasilitas kesehatan berupa pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Pemerintah harus menyediakan fasilitas tersebut demi menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Menurut Ketentuan Umum Butir 13 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, "Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit".⁷ Pelayanan kesehatan preventif ini dimaksudkan untuk mencegah agar individu maupun masyarakat tidak terkena penyakit. Pelayanan ini didasarkan pada prinsip bahwa mencegah lebih baik daripada mengobati. Jika pelayanan kesehatan preventif ini dapat dilakukan secara optimal, maka masyarakat akan dapat menjalankan fungsi sosial dan ekonominya dengan baik, dan pada akhirnya mereka akan mengalami peningkatan kesejahteraan.

Menurut Ketentuan Umum Butir 14 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, "Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin".⁸ Pelayanan kesehatan kuratif ini dimaksudkan untuk mengobati jika individu atau masyarakat terpaksa dijangkiti penyakit. Pelayanan jenis ini

⁶ *Ibid.*, Pasal 1 angka 7.

⁷ *Ibid.*, Pasal 1 angka 13.

⁸ *Ibid.*, Pasal 1 angka 14.

harus dilakukan demi mengurangi rasa sakit dan menyembuhkan orang yang terkena penyakit, tentu saja dengan harapan jika sudah sembuh orang tersebut akan kembali beraktivitas secara produktif.

Menurut Ketentuan Umum Butir 15 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, "Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya".⁹ Pelayanan kesehatan rehabilitatif ini merupakan konsekuensi lanjutan dari adanya penyakit yang menimpa individu atau masyarakat. Setelah dilakukan pengobatan pada fase pelayanan kesehatan kuratif, maka pelayanan kesehatan rehabilitatif ini dilakukan dalam rangka mengembalikan si penderita agar benar-benar sembuh dan kembali pulih seperti semula. Dalam kaitannya dengan kesejahteraan, pelayanan rehabilitatif ini dimaksudkan untuk mengembalikan kemampuan fungsi sosial dan ekonomi individu maupun masyarakat sehingga terbuka peluang bagi mereka untuk meningkatkan kesejahteraan.

Untuk mencapai derajat kesehatan yang baik bagi individu maupun masyarakat, perlu ada sistem nasional yang komprehensif yang mampu memberikan layanan dan jaminan kesehatan secara optimal. Sistem ini menjadi sangat penting di tengah tantangan-tantangan yang semakin berkembang akibat kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Perkembangan masyarakat ke arah global yang disertai tingkat konsumerisme yang tinggi juga mengakibatkan semakin meningkatnya ancaman bagi kesehatan manusia, sehingga diperlukan antisipasi dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa memberatkan masyarakat secara ekonomi.

Dalam rangka pemenuhan hak masyarakat untuk hidup sehat, diperlukan keperdulian Pemerintah untuk menyediakan fasilitas yang dibutuhkan. Pemerintah harus menyediakan layanan kesehatan yang mudah diakses oleh masyarakat, sehingga masyarakat dapat memenuhi kebutuhan dasarnya yang berupa kesehatan. Dalam hal ini masyarakat merupakan publik yang harus dilayani oleh negara. Menurut UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik,

⁹ *Ibid.*, Pasal 1 angka 15.

kesehatan termasuk dalam lingkup pelayanan publik. Oleh sebab itu, khusus pada pelayanan publik ini kewajiban dan tanggung jawab Pemerintah adalah terjaminnya:

- 1) Ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
- 2) Ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
- 3) Ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
- 4) Pemberdayaan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan.
- 5) Ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.
- 6) Pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan. Pelaksanaan sistem jaminan sosial yang dimaksud ini dilaksanakan sesuai ketentuan perundang-undangan.¹⁰

Keenam jaminan sebagaimana dikemukakan oleh Notoatmodjo tersebut perlu menjadi perhatian dan pertimbangan dalam penyelenggaraan layanan dan jaminan kesehatan oleh Pemerintah. Tanpa memberikannya perhatian dan pertimbangan yang memadai, maka kecil kemungkinan harapan masyarakat untuk sehat dapat dicapai secara maksimal, apalagi upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Ada berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Menurut Notoatmodjo, fasilitas pelayanan kesehatan, menurut jenis pelayanannya terdiri atas: 1) Pelayanan kesehatan perorangan; 2) Pelayanan kesehatan masyarakat. Sedangkan fasilitas pelayanan kesehatan menurut tingkat pelayanan yang dilakukan meliputi: 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama; 2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua; 3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga.¹¹

¹⁰ S. Notoatmodjo, *Etika dan Kesehatan* (Jakarta: Rineka Cipta, 2010), hlm. 54.

¹¹ *Ibid.*, hlm. 61–62.

Dalam konteks jaminan kesehatan nasional apa yang dikemukakan Notoatmodjo tersebut menunjukkan pentingnya Pemerintah memberi perhatian kepada masyarakat akan jenis layanan dan tingkat layanan kesehatan. Dalam hal ini, akan terlihat seberapa jauh Pemerintah hadir dalam memenuhi layanan kesehatan bagi masyarakatnya. Untuk mendapatkan akses layanan kesehatan yang bermutu tinggi maka Pemerintah perlu membuat mekanisme yang jelas, yang dirasa nyaman bagi masyarakat dan tidak menyulitkan bagi para dokter dan paramedis. Dengan demikian, upaya pemenuhan kebutuhan akan kesehatan dapat dicapai secara maksimal.

Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Penyelenggaraan upaya kesehatan yang dimaksud dalam hal ini mencakup:

- 1) Pelayanan kesehatan;
- 2) Pelayanan kesehatan tradisional;
- 3) Peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit;
- 4) Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan;
- 5) Kesehatan reproduksi;
- 6) Keluarga berencana;
- 7) Kesehatan sekolah;
- 8) Kesehatan olah raga;
- 9) Pelayanan kesehatan pada bencana;
- 10) Pelayanan darah;
- 11) Kesehatan gigi dan mulut;
- 12) Penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran;
- 13) Kesehatan matra;
- 14) Pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan;
- 15) Pengamanan makanan dan minuman;
- 16) Pengamanan zat adiktif;
- 17) Bedah mayat.¹²

Berbagai upaya kesehatan tersebut diharapkan dapat diakses secara mudah dan murah oleh masyarakat, sehingga upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat akan mengikutinya.

¹² *Ibid.*, hlm. 54.

Dengan kondisi kesehataan yang prima, diharapkan masyarakat akan berhasil menjalankan fungsi sosial dan ekonominya, sehingga dengan demikian akan meningkat pula kesejahteraan hidupnya.

Kesehatan dan kesejahteraan merupakan serangkaian hal yang komprehensif. Jika kondisi kesehatan masyarakat baik, maka kesejahteraan pun akan mengikutinya. Oleh karena itu, diperlukan program pembangunan yang komprehensif dan saling bersinergi di bidang kesehatan. Menurut Rachmat, pembangunan kesehatan 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. (Butir 7 SKN 2012).¹³ Dengan demikian, kondisi kesehatan merupakan kunci penting bagi pembangunan, di mana sumber daya manusia yang sehat akan menjadi sumber daya manusia yang produktif dalam proses pembangunan. Dalam diri sumber daya manusia yang produktif tersebut terdapat harapan akan terwujudnya masyarakat yang sejahtera.

Terkait dengan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Kesehatan, RPJPN 2005–2025 meliputi: arah, dasar, pelaksanaan, pengutamaan, pembangunan dan perbaikan gizi. Dalam RPJPK 2005–2025 meliputi: dasar, visi, misi, tujuan, sasaran, strategi, upaya pokok (Butir 4 dan 13 SKN 2012).¹⁴

SKN 2012 adalah pengelolaan keadaan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Pasal 1, 2 SKN 2012). Menurut buku Sejarah Pembangunan Kesehatan Indonesia Periode 1997–2009, SKN ini merupakan dasar-dasar filsafat pembangunan kesehatan.¹⁵ Dengan demikian, sistem kesehatan nasional akan menjadi pedoman bagi penyelenggaraan layanan dan jaminan kesehatan bagi masyarakat.

¹³ R. H. Rachmat, Percepatan Pembangunan Kesehatan di Indonesia (Melandaskan pada Paradigma Sehat dan Pemikiran Dasar Pembangunan Kesehatan) (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2013), hlm. 8.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

Dasar pembangunan kesehatan adalah norma, nilai kebenaran, dan aturan pokok yang bersumber dari falsafah dan budaya bangsa Indonesia, yang dipergunakan sebagai landasan untuk berpikir dan bertindak dalam pembangunan kesehatan. Dasar ini merupakan bagian penting dari Pemikiran Dasar Pembangunan Kesehatan, yang meliputi pemikiran yang mendasar mengenai: 1) Arah; 2) Dasar; dan 3) Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan (UU No. 17 Tahun 2007 tentang RPJPN 2005–2025). Dasar-dasar tersebut meliputi:

- 1) Dasar perikemanusiaan;
- 2) Dasar pemberdayaan dan kemandirian;
- 3) Dasar adil dan merata; dan
- 4) Dasar pengutamaan yang bermanfaat (Pasal 7 SKN 2012).¹⁶

Dengan demikian, praktik penyelenggaraan layanan dan jaminan kesehatan perlu memperhatikan pemikiran-pemikiran dasar tersebut, di mana Pemerintah perlu mengaitkan pemikiran-pemikiran dasar tersebut dengan profesionalisme para petugas yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat.

Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional perlu didukung oleh pelaksanaan pembangunan kesehatan. Menurut Rachmat, pelaksanaan pembangunan kesehatan: 1) Pengelolaan kesehatan dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan (Pasal 2 SKN 2012); 2) SKN dilaksanakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat (Pasal 4 SKN 2012); dan 3) Untuk meningkatkan akselerasi dan mutu pelaksanaan SKN, pembangunan kesehatan harus berlandaskan pada pemikiran dasar pembangunan kesehatan (Pasal 7 SKN 2012).¹⁷ Dengan demikian, dari sisi pemerintahan maka pembangunan kesehatan harus dilakukan secara terpadu dan saling bersinergi antara Pemerintah Pusat dan Daerah, karena tanpa koordinasi yang baik maka pembangunan kesehatan masyarakat di era otonomi daerah ini sulit akan mencapai hasil yang maksimal.

Berdasarkan SKN 2012, maka pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui penguatan pengelolaan kesehatan:

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*, hlm. 9.

guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.¹⁸

Dengan demikian, pembangunan kesehatan merupakan serangkaian kerja yang panjang yang harus dilakukan secara serius oleh pemerintah melalui kementerian dan lembaga-lembaga terkait yang ada di bawahnya.

Untuk mencapai masyarakat Indonesia yang sehat jasmani dan rohani, maka perlu dilakukan implementasi kebijakan kesehatan yang komprehensif. Dalam hal ini diperlukan koordinasi yang baik antarlembaga terkait, serta evaluasi dan *monitoring* yang berkesinambungan. Evaluasi harus senantiasa dilakukan terhadap berbagai kelemahan-kelemahan yang terjadi dalam implementasi kebijakan kesehatan. Menurut Rachmat, dalam manajemen dan perencanaan kebijakan pembangunan kesehatan masalah yang penting dan sering dihadapi serta perlu diatasi terutama adalah:

- 1) Lemahnya sinergisme dalam manajemen dan penyusunan kebijakan di tingkat pusat dan daerah.
- 2) Sukarnya mengubah '*mind-set*' yang sudah tidak sesuai lagi dalam pembangunan kesehatan.
- 3) Lemahnya kemauan dan kemampuan menyusun rencana kebijakan atau strategi yang bersifat makro dan berjangka panjang.
- 4) Kurang kuatnya memahami berbagai metode perencanaan pembangunan kesehatan.¹⁹

Sedangkan dalam perencanaan pembangunan kesehatan secara keseluruhan, pada umumnya masalah yang dihadapi adalah:

- 1) Kurang mampunya menyusun rencana pembangunan kesehatan yang baik.
- 2) Pembinaan atau manajemen perencanaan pembangunan kesehatan pada umumnya masih lemah. Interaksi antara Dinas Kesehatan dan Bappeda di berbagai daerah masih terbatas, terutama dalam menyusun RPJMD dan RPJPD.
- 3) Terbatasnya sumber daya manusia yang dapat menunjang upaya perencanaan pembangunan kesehatan.

¹⁸ *Ibid.* hlm. 14-15.

¹⁹ *Ibid.*, hlm. 205-206.

- 4) Pengembangan yang bertujuan meningkatkan mutu dari perencanaan pembangunan kesehatan masih lemah.²⁰

Oleh karena itu, diharapkan kebijakan pembangunan kesehatan benar-benar dapat menjaring aspirasi dan kemudian memenuhi kebutuhan masyarakat terkait kesehatan.

Sistem kesehatan nasional memiliki rentang layanan dari pusat hingga ke daerah, di mana fasilitas kesehatan di tingkat primer memiliki peran yang sangat penting dalam pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat. Dalam hal ini Puskesmas di berbagai wilayah Indonesia mempunyai peran strategis dalam pembangunan kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Menurut Farich, ada tiga fungsi utama Puskesmas, yaitu:

- 1) Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan;
- 2) Pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan;
- 3) Pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar.²¹

Dalam kaitannya dengan program JKN, maka Puskesmas perlu terus memperkuat diri untuk memberikan layanan yang terbaik bagi masyarakat.

Berdasarkan Konferensi Promosi Kesehatan Internasional di Ottawa tahun 1986, promosi kesehatan adalah suatu proses untuk memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Dengan kata lain, promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka "mampu dan mau" untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri, hingga mencapai derajat kesehatan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, mampu mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya.²²

Kemampuan masyarakat sebagaimana dikemukakan di atas merupakan bagian dari proses pemberdayaan masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang maksimal, sehingga pada akhirnya mereka mampu beraktivitas baik secara sosial maupun ekonomi. Ketika masyarakat mampu menjalankan fungsi sosial dan

²⁰ *Ibid.*, hlm. 206.

²¹ A. Farich, *Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat* (Yogyakarta: Gosyen Publishing, 2012), hlm. 47.

²² *Ibid.*, hlm. 84.

ekonominya secara maksimal, maka kesejahteraan mereka akan meningkat.

Lima komponen utama dalam Promosi Kesehatan berdasarkan Piagam Ottawa yaitu:

- 1) Membangun kebijakan publik berwawasan kesehatan (*Build Public Healthy Policy*) – Para pengambil kebijakan harus mempertimbangkan dampak kesehatan dari setiap kebijakan yang dibuatnya.
- 2) Menciptakan lingkungan yang mendukung (*Create Supportive Environment*) – Menciptakan suasana lingkungan yang mendukung sehingga masyarakat termotivasi untuk melakukan upaya yang positif bagi kesehatan.
- 3) Memperkuat gerakan masyarakat (*Strengthen Community Action*) – Agar lebih berdaya dalam upaya mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan.
- 4) Mengembangkan ketrampilan individu (*Develop Personal Skill*).
- 5) Reorientasi pelayanan kesehatan (*Reorient Health Service*) – agar lebih mengutamakan promotif dan preventif.²³

Upaya penyelenggaraan Program JKN tak lepas dari berbagai kendala dan tantangan di lapangan, terutama terkait perkembangan masyarakat. Perubahan sosial yang terjadi dalam masyarakat ikut andil dalam menentukan sukses dan tidaknya pelaksanaan JKN bagi masyarakat. Salah satu hal yang harus diperhatikan dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat adalah faktor masyarakat atau konsumen. Dalam hal ini masyarakat adalah konsumen yang harus diperhatikan hak-haknya dalam pelayanan kesehatan. Terkait dengan tantangan perubahan sosial, Sudarma mengemukakan bahwa kompetensi yang harus dikembangkan supaya pelayanan kesehatan Indonesia dapat berkembang dengan baik adalah, nilai lebih dari pelayanan kesehatan itu yang mampu memberikan kepuasan pada pelanggan. Mau tidak mau, seorang tenaga medis harus secara empiris mengakui bahwa yang dilakukannya selama ini adalah memberikan jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat di mana masyarakat berposisi sebagai konsumen atau pelanggan kesehatan.²⁴

²³ *Ibid.*, hlm. 90.

²⁴ M. Sudarma, *Sosiologi untuk Kesehatan* (Jakarta: Salemba Medika, 2008), hlm. 100.

Menurut Pasal 1 Butir 2 UU No. 8 Tahun 1999 tentang Pelindungan Konsumen, "Konsumen adalah setiap orang pemakai barang dan/ atau jasa yang tersedia dalam masyarakat, baik bagi kepentingan diri sendiri, orang lain, maupun makhluk hidup lain yang tidak untuk diperdagangkan".²⁵ Berdasarkan ketentuan tersebut, maka seluruh masyarakat Indonesia sebagai peserta asuransi sosial atau peserta BPJS merupakan konsumen yang harus dipenuhi hak-haknya.

Menurut Pasal 4 UU No. 8 Tahun 1999 tentang Pelindungan Konsumen, hak konsumen adalah:

- 1) Hak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan dalam konsumsi barang dan/atau jasa;
- 2) Hak untuk memilih barang dan/atau jasa serta mendapatkan barang dan/atau jasa tersebut sesuai dengan nilai tukar dan kondisi serta jaminan yang dijanjikan;
- 3) Hak atas informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa;
- 4) Hak untuk didengar pendapat dan keluhannya atas barang dan/ atau jasa yang digunakan;
- 5) Hak untuk mendapatkan advokasi, pelindungan, dan upaya penyelesaian sengketa pelindungan konsumen secara patut;
- 6) Hak untuk mendapat pembinaan dan pendidikan konsumen;
- 7) Hak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif;
- 8) Hak untuk mendapatkan kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian, apabila barang dan/atau jasa yang diterima tidak sesuai dengan perjanjian atau tidak sebagaimana mestinya;
- 9) Hak-hak yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang- undangan lainnya.²⁶

Terkait dengan Program JKN, hak-hak masyarakat sebagai peserta Asuransi Sosial BPJS perlu diperhatikan. Dalam hal ini BPJS harus memberikan kenyamanan, keamanan, dan keselamatan dalam pelayanan kesehatan. BPJS sebagai badan penyelenggara jaminan sosial juga harus memberikan informasi yang jelas tentang layananannya. BPJS harus siap menerima masukan-masukan masyarakat terkait pelayanannya dan berupaya untuk

²⁵ UU No. 8 Tahun 1999 tentang Pelindungan Konsumen, Pasal 1 angka 2.

²⁶ *Ibid.*, Pasal 4.

memperbaiki kekuarangan-kekurangannya di masa mendatang. BPJS perlu mensosialisasikan program dan mekanisme layanannya kepada masyarakat, sehingga layanan kesehatan dapat mudah diakses oleh masyarakat dari segala tingkatan. BPJS harus bekerja secara profesional dan memberikan layanan sesuai prosedur yang ditetapkan tanpa diskriminasi kepada masyarakat yang dilayani. BPJS harus bertindak profesional dan menyediakan kompensasi bagi malpraktik yang terjadi.

Kesehatan merupakan bagian dari kesejahteraan masyarakat, di mana kondisi kesehatan yang baik akan membawa dampak peningkatan kesejahteraan. Menurut Midgley yang dikutip Huda, kesejahteraan sosial merupakan suatu kondisi yang memenuhi tiga syarat utama:

- 1) Ketika masalah sosial dapat dikelola dengan baik;
- 2) Ketika kebutuhan terpenuhi;
- 3) Ketika peluang-peluang terbuka secara maksimal.²⁷

Berdasarkan konsep ini, maka kesejahteraan masyarakat akan meningkat jika Program JKN dapat diselenggarakan dengan sukses, di mana BPJS sebagai lembaga penyelenggara dapat menjalankan tugas dan fungsinya secara optimal berdasarkan mekanisme yang telah ditetapkan. Peningkatan kesejahteraan masyarakat akan terjadi ketika kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan dapat dipenuhi dengan baik oleh BPJS, dengan profesionalisme yang tinggi beserta segenap potensi yang dimilikinya.

Upaya peningkatan kesejahteraan dimaksudkan untuk kepentingan meninggikan derajat hidup manusia atau warga negara dalam konteks kenegaraan. Oleh karena itu, upaya peningkatan kesejahteraan perlu terus dilakukan dengan segenap usaha serta komitmen yang tinggi, agar tidak terjadi kondisi yang sebaliknya. Menurut Titmuss yang dikutip Huda, lawan dari kesejahteraan adalah '*social illfare*' (ketidaksejahteraan sosial). Apabila salah satu syarat di atas tidak terpenuhi, hal itu dapat menyebabkan '*social illfare*' dalam masyarakat.²⁸ Dengan demikian, negara harus selalu berupaya memberikan layanan yang terbaik bagi masyarakat,

²⁷ M. Huda, *Pekerjaan Sosial dan Kesejahteraan Sosial: Sebuah Pengantar* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2009), hlm. 72.

²⁸ *Ibid.*, hlm. 72-73.

termasuk dalam hal kebutuhan hidup sehat, agar masyarakat mencapai 'welfare' dan bukan 'illfare'.

Menurut Zastrow yang dikutip Huda, kesejahteraan sosial pada dasarnya dapat dipahami sebagai sebuah institusi (*institution*) dan sebagai sebuah disiplin akademik (*academic discipline*). Sebagai sebuah institusi, kesejahteraan sosial dapat dipahami sebagai program pelayanan maupun pertolongan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Sedangkan sebagai sebuah disiplin akademik, kesejahteraan sosial mengacu pada suatu studi terhadap lembaga, program, maupun kebijakan yang fokus pada pelayanan kepada masyarakat.²⁹ Dalam hal ini BPJS dapat dipahami sebagai sebuah institusi untuk memberikan pertolongan kepada masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan, dan Program JKN sebagai sarananya.

²⁹ *Ibid.*, hlm. 74.

BAB III

PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Pemerintah merupakan bagian dari negara yang bertugas menyelenggarakan jaminan sosial termasuk di bidang kesehatan kepada masyarakat. Program JKN merupakan kebijakan sosial yang telah ditetapkan berdasarkan UU SJSN dan diselenggarakan berdasar UU BPJS. Program JKN merupakan upaya implementasi jaminan sosial nasional di bidang kesehatan, yang dimaksudkan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui bidang kesehatan. Alasan logisnya adalah, masyarakat berhak hidup sehat untuk mendapatkan kehidupan yang lebih baik. Program JKN diberikan kepada seluruh masyarakat Indonesia tanpa kecuali, sebagai pertanggungjawaban negara kepada masyarakat atas pemenuhan hak untuk hidup sehat dan sejahtera.

Mulai 1 Januari 2014 Pemerintah mengimplementasikan Program JKN yang merupakan amanat dari UU SJSN dan UU BPJS. Dengan program JKN yang berlaku secara nasional ini diharapkan akan terwujud pelayanan dan jaminan kesehatan yang berkualitas tinggi bagi masyarakat. Dengan program JKN, diharapkan masyarakat akan menjadi sehat dan produktif sehingga mampu meningkatkan kesejahteraannya.

Program JKN diselenggarakan berdasarkan regulasi negara yang dimaksudkan untuk kesejahteraan masyarakat. Menurut Nugroho, keberadaan suatu regulasi berkenaan dengan dua prinsip. Prinsip pertama adalah *nececity of the service*. Prinsip kedua adalah *monopoly*, yang pada dasarnya merupakan target utama dari dibentuknya regulasi dalam komisi regulasi. Kebijakan regulasi disarankan untuk didasarkan pada empat isu, yaitu:

- 1) Berkenaan dengan hajat hidup orang banyak (*necessity public needs and interest*).
- 2) Monopoli atau oligopoli yang keduanya bersifat alami.
- 3) Berbasis alokasi kekayaan negara (*national economic assets*).

4) Berkenaan dengan keselamatan negara.³⁰

Berdasarkan konsep Nugroho tersebut, Program JKN jelas memenuhi hajat hidup orang banyak, karena memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat tanpa kecuali. Monopoli maupun oligopoli sangat mungkin dilakukan.

- b. mengangkat harkat dan martabat konsumen dengan cara menghindarkannya dari ekses negatif pemakaian barang dan/ atau jasa;
- c. meningkatkan pemberdayaan konsumen dalam memilih, menentukan dan menuntut hak-haknya sebagai konsumen;
- d. menciptakan sistem pelindungan konsumen yang mengandung unsur kepastian hukum dan keterbukaan informasi serta akses untuk mendapatkan informasi;
- e. menumbuhkan kesadaran pelaku usaha mengenai pentingnya pelindungan 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, nyamanan, keamanan, dan keselamatan konsumen".³³

Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat terkait pentingnya kesehatan diri dan pelayanan kesehatan menjadi sangat penting. Pemerintah melalui Kemenkes perlu mensosialisasikan pentingnya hidup sehat dan pentingnya memahami layanan BPJS Kesehatan kepada masyarakat. Dan bagi BPJS Kesehatan sendiri sebagai lembaga yang bertugas dan bertanggung jawab menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat, perlu menjaga profesionalismenya agar mendapat kepercayaan dari masyarakat. Dengan demikian diharapkan, BPJS Kesehatan akan dapat menjadi lembaga pelayanan kesehatan yang baik bagi masyarakat, dan Program JKN akan berhasil dilaksanakan secara optimal.

³³ UU No. 8 Tahun 1999 tentang Pelindungan Konsumen, Pasal 3.

BAB IV

HARAPAN DAN KENYATAAN

Apakah upaya pemenuhan hak untuk hidup sehat berdampak pada peningkatan kesejahteraan masyarakat? Bagaimana sistem pelayanan kesehatan dapat memberikan rasa puas, aman dan nyaman sehingga masyarakat dapat konsentrasi untuk melakukan tugas dan fungsinya sebagai warga negara yang merupakan bagian dari pembangunan yang berkelanjutan?

Secara formal, Indonesia telah memiliki sistem kesehatan nasional sejak 1982, yang disebut Sistem Kesehatan Nasional (SKN 1982). Sistem tersebut kemudian direvisi dan ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 131.MenKes/SK/II/2004. Revisi dilakukan karena SKN 1982 dinilai tidak relevan lagi akibat perubahan iklim politik di Indonesia serta diterapkannya otonomi daerah. Menurut SKN 2004, yang dimaksud SKN adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti yang dimaksud UUD 1945.³⁴ Sistem Kesehatan yang terus disempurnakan sesuai tuntutan perkembangan permasalahan kesehatan tersebut merupakan panduan bagi penyelenggaraan layanan dan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Pada masa otonomi daerah seperti saat ini, Pemerintah Daerah mempunyai peran dan tanggung jawab yang lebih besar atas penyelenggaraan layanan dan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Pemerintah pusat hanya mendorong terselenggaranya layanan dan jaminan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat. Dengan demikian berhasil atau tidaknya penyelenggaraan layanan dan jaminan kesehatan akan sangat tergantung pada kemampuan Pemerintah Daerah.

Hingga saat ini masih banyak permasalahan yang menjadi kendala dalam penyelenggaraan layanan dan jaminan kesehatan,

³⁴ W. Adisasmoro, *Sistem Kesehatan* (Jakarta: Rajawali Press, 2007), hlm. 13-17.

yang pada akhirnya dapat mengganggu proses pembangunan kesehatan. Sebagaimana dikemukakan oleh Adisasmoro, beberapa permasalahan yang terkait erat dengan pembangunan kesehatan di Indonesia adalah sebagai berikut:

- 1) Disparitas status kesehatan.
- 2) Beban ganda penyakit.
- 3) Kinerja pelayanan kesehatan yang rendah.
- 4) Perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat.
- 5) Rendahnya kondisi kesehatan lingkungan.
- 6) Rendahnya kualitas, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan.
- 7) Terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusi tidak merata.
- 8) Rendahnya status kesehatan penduduk miskin.³⁵

Hal tersebut perlu menjadi pertimbangan untuk perbaikan kesehatan Indonesia ke depan, di mana perlu dilakukan evaluasi dan perbaikan terkait permasalahan-permasalahan yang menyangkut: disparitas status kesehatan; beban ganda penyakit; kinerja pelayanan kesehatan; pola hidup bersih dan sehat; kesehatan lingkungan; kualitas, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; tenaga kesehatan dan distribusinya; dan rendahnya status kesehatan penduduk miskin.

Era otonomi daerah menuntut berbagai perubahan di berbagai aspek kehidupan bernegara, salah satunya adalah dalam hal pengelolaan kesehatan. Menurut Adisasmoro, dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka perlu dikembangkan Sistem Kesehatan Daerah (SKD) yang merupakan bagian integral dari sistem Sistem Kesehatan Nasional (SKN). SKD menguraikan secara spesifik unsur-unsur upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan manajemen kesehatan sesuai dengan potensi dan kondisi daerah. SKD merupakan acuan bagi berbagai pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.³⁶ Dengan adanya Sistem Kesehatan Daerah, maka penyelenggaraan layanan kesehatan dan jaminan sosial akan dapat dilakukan secara lebih fokus dan rinci sesuai kondisi dan kebutuhan masyarakat daerah masing-masing.

³⁵ *Ibid.*, hlm. 7.

³⁶ *Ibid.*, hlm. 20.

Menurut Wiludjeng (2006), beberapa fungsi SKD dapat digunakan sebagai:

- 1) Acuan bagi setiap individu maupun kelompok atau lembaga yang terkait dengan kesehatan dalam penyelenggaraan kebijakan, program, maupun kegiatannya.
- 2) Pedoman dan arahan penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta pembangunan kesehatan serta pembangunan berwawasan kesehatan.
- 3) Sistem terbuka yang berinteraksi dengan berbagai sistem lainnya, bersifat dinamis, dan selalu mengikuti perkembangan.³⁷

Dengan demikian, Sistem Kesehatan Daerah dapat menjadi panduan yang sangat relevan dalam upaya memberikan layanan dan jaminan kesehatan masyarakat daerah, dalam rangka membangun masyarakat Indonesia yang sehat secara jasmani dan rohaniya.

Setiap upaya kesehatan membutuhkan langkah-langkah yang tepat dan relevan dengan kebutuhan masyarakat. Dalam hal ini diperlukan peran serta berbagai pihak demi terciptanya penyelenggaraan sistem kesehatan yang komprehensif bagi masyarakat. Menurut SKN 2004, pelaku penyelenggaraan sistem kesehatan dalam pembangunan kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Masyarakat, meliputi tokoh masyarakat, masyarakat madani, lembaga swadaya masyarakat, media massa, organisasi profesi, akademisi, para pakar, serta masyarakat luas termasuk swasta yang berperan dalam advokasi, pengawasan sosial, dan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuan masing-masing.
- 2) Pemerintah, baik pemerintah pusat, pemerintah provinsi, maupun pemerintah kabupaten/kota yang berperan sebagai penanggung jawab, penggerak, pembina, dan pelaksana pembangunan kesehatan dalam lingkup wilayah kerja dan wewenang masing-masing. Untuk pemerintah pusat, peranan tersebut ditambah dengan menetapkan kebijakan, standar, dan pedoman pembangunan kesehatan dalam lingkup nasional, yang dipakai sebagai acuan dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan daerah.

³⁷ *Ibid.*, hlm. 21.

- 3) Badan legislatif, meliputi badan legislatif di pusat maupun daerah, yang berperan melakukan persetujuan anggaran dan pengawasan terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan, melalui penyusunan produk-produk hukum dan mekanisme kemitraan antara eksekutif dan legislatif.
- 4) Badan yudikatif, berperan menegakkan pelaksanaan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan.³⁸

Untuk mencapai keberhasilan upaya penyelenggaraan kesehatan maka keempat pihak tersebut perlu dapat berkoordinasi dengan sebaik-baiknya, sehingga mereka dapat menjalankan peran dan fungsi masing-masing secara tepat dan optimal.

Dalam penyelenggaraan Sistem Kesehatan Nasional diperlukan sumber daya manusia yang handal di bidangnya. Menurut SKN 2004, SDM Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan, dan pelatihan serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.³⁹ Sedangkan tenaga kesehatan menurut SKN 2004 adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan.⁴⁰

Sumber daya manusia di bidang kesehatan mempunyai peran yang strategis dalam penyelenggaraan layanan dan jaminan kesehatan bagi masyarakat, oleh karena itu diperlukan sumber daya manusia yang berkualitas tinggi dan profesional dalam bidangnya.

Bericara tentang penyelenggaraan layanan kesehatan dan jaminan kesehatan bagi masyarakat saat ini, tak lepas dari konteks kebijakan otonomi daerah yang telah berlangsung beberapa tahun lalu. Menurut Adisasmoro, tujuan desentralisasi di bidang kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 004/MENKES/SK/I/2003 adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan pada prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan

³⁸ *Ibid.*, hlm. 85–86.

³⁹ *Ibid.*, hlm. 124.

⁴⁰ *Ibid.*, hlm. 124.

potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional dalam mencapai Indonesia Sehat 2010.⁴¹

Dalam era otonomi daerah, keberhasilan penyelenggaraan sistem kesehatan nasional akan sangat tergantung pada penyelenggaraan sistem kesehatan daerah. Oleh karena itu, sistem kesehatan di dua jenjang pemerintahan tersebut harus saling mendorong dan bersinergi. Menurut Adisasmito, untuk mencapai tujuan desentralisasi di bidang kesehatan, ditetapkan delapan kebijakan desentralisasi bidang kesehatan, yaitu:

- 1) Desentralisasi bidang kesehatan dilaksanakan dengan memerhatikan aspek demokrasi, keadilan, pemerataan, serta potensi dan keanekaragaman daerah.
- 2) Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan didasarkan pada otonomi luas, nyata, dan bertanggung jawab.
- 3) Desentralisasi bidang kesehatan yang luas dan utuh diletakkan di kabupaten dan kota, sedangkan desentralisasi bidang kesehatan di provinsi bersifat terbatas.
- 4) Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan harus sesuai dengan konstitusi negara sehingga tetap terjamin hubungan yang serasi antara pusat dan daerah serta antardaerah.
- 5) Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan kemandirian daerah otonom. Pemerintah pusat berkewajiban memfasilitasi pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah dengan meningkatkan kemampuan daerah dalam pengembangan sistem kesehatan dan manajemen kesehatan.
- 6) Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan peran dan fungsi badan legislatif daerah, baik dalam hal fungsi legislasi, pengawasan, maupun fungsi anggaran.
- 7) Sebagai pelengkap desentralisasi bidang kesehatan, dilaksanakan pula dekonsentrasi bidang kesehatan yang diletakkan di daerah provinsi sebagai wilayah administratif.
- 8) Untuk mendukung desentralisasi bidang kesehatan dimungkinkan pula dilaksanakan tugas pembantuan di bidang kesehatan, khususnya dalam hal penanggulangan kejadian luar biasa, bencana, dan masalah kegawatdaruratan kesehatan lainnya.⁴²

⁴¹ *Ibid.*, hlm. 223.

⁴² *Ibid.*, hlm. 223-224.

Selanjutnya Adisasmoro mengemukakan, dalam mencapai keberhasilan desentralisasi bidang kesehatan, dirumuskan empat tujuan strategis, yaitu:

- 1) Terbangunnya komitmen antara pemerintah daerah, legislatif, masyarakat, dan *stakeholder* lainnya guna kesinambungan pembangunan kesehatan.
- 2) Meningkatnya kapasitas sumber daya manusia.
- 3) Terlindungnya kesehatan masyarakat, khususnya penduduk miskin, kelompok rentan, dan daerah miskin.
- 4) Terwujudnya komitmen nasional dan global dalam program kesehatan daerah dan tertatanya manajemen kesehatan di era desentralisasi.⁴³

Dengan keberhasilan penyelenggaraan sistem kesehatan daerah di seluruh wilayah Indonesia, diharapkan dapat membangun masyarakat Indoensia yang sehat dan sejahtera lahir batin. Dengan keberhasilan sistem kesehatan daerah, maka otomatis sistem kesehatan nasional akan terbangun dengan baik pula.

Untuk menuju masyarakat Indonesia yang sehat, dibutuhkan pola hidup yang sehat. Pola hidup yang sehat itu menyangkut perilaku individu dan masyarakat terkait dengan kesehatan. Menurut Green yang dikutip Adisasmoro, perilaku itu dilatarbelakangi atau dipengaruhi oleh tiga faktor pokok, yakni faktor predisposisi (*predispositioning factors*), faktor yang mendukung (*enabling factors*), dan faktor yang memperkuat atau mendorong atau penguat (*reinforcing factors*). Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sebagai upaya intervensi perilaku harus diarahkan pada ketiga faktor pokok tersebut. Peranan pendidikan kesehatan adalah melakukan intervensi faktor perilaku sehingga perilaku individu, kelompok, atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Dengan kata lain, pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk memotivasi atau mengoordinasikan sasaran agar mereka berperilaku sesuai dengan tuntunan nilai-nilai kesehatan.⁴⁴ Dalam konteks penyelenggaraan jamian kesehatan nasional, maka Pemerintah perlu membuat program bukan saja layanan kesehatan, namun juga

⁴³ *Ibid.*, hlm. 224–225.

⁴⁴ S. Notoatmodjo, *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni* (Jakarta: Rineka Cipta, 2011), hlm. 110.

mengedepankan pentingnya pendidikan kesehatan bagi masyarakat. Dengan pengetahuan dan wawasan yang baik tentang kesehatan, maka kesehatan masyarakat akan terjaga dengan baik dan layanan kesehatan berupa pengobatan maupun rehabilitasi dapat dilakukan secara efisien dan efektif serta tepat sasaran. Masyarakat didorong untuk menerapkan hidup sehat, sehingga layanan kesehatan benar-benar diberikan kepada orang yang membutuhkan.

Evaluasi suatu program kesehatan masyarakat dilakukan terhadap empat hal, yakni evaluasi terhadap input, proses pelaksanaan program, evaluasi terhadap hasil program, dan evaluasi pelaksanaan terhadap dampak program:

- 1) Evaluasi input ditunjukkan kepada penggunaan sumber daya dalam program (*man, money, material*).
- 2) Evaluasi proses ditujukan terhadap pelaksanaan program, yang menyangkut penggunaan sumber daya, seperti tenaga, dana, dan fasilitas yang lain.
- 3) Evaluasi hasil program ditujukan untuk menilai sejauh mana program tersebut berhasil, yakni sejauh mana tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Misalnya meningkatnya cakupan imunisasi, meningkatnya ibu-ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya, dan sebagainya.
- 4) Evaluasi dampak program ditujukan untuk menilai sejauh mana program ini mempunyai dampak terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Dampak program-program kesehatan ini tercermin dari membaiknya atau meningkatnya indikator-indikator kesehatan masyarakat. Misalnya menurunnya angka kematian bayi (IMR), meningkatnya status gizi anak balita, menurunnya angka kematian ibu, dan sebagainya.⁴⁵

Evaluasi dampak program kesehatan sebagaimana tersebut di atas perlu dilakukan terus menerus dan berkesinambungan dalam rangka menjaga kesehatan masyarakat, serta memudahkan upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat terutama di bidang kesehatan.

Pada masa sebelum diberlakukannya JKN, indikator kesejahteraan masyarakat Indonesia menunjukkan belum memadainya kesejahteraan masyarakat secara umum.

⁴⁵ *Ibid.*, hlm. 108.

Program JKN mengandung gagasan mulia untuk kesejahteraan masyarakat, namun mengalami banyak kendala dalam implementasinya. Hingga tulisan ini dibuat, masih ditemukan banyak kendala di lapangan terkait implementasi Program JKN. Lembaga BPJS sebagai penyelenggara Program JKN masih harus melakukan evaluasi untuk perbaikan ke depan. Jika hal itu tidak dilakukan, maka akan sirnalah harapan peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Sejumlah ketimpangan dalam implementasi Program JKN di antaranya terlihat dari praktik-praktik di puskesmas-puskesmas yang tersebar di berbagai wilayah Indonesia. Banyak puskesmas mengalami hambatan dalam memberikan layanan dan jaminan kesehatan kepada masyarakat dikarenakan berbagai faktor, padahal puskesmas-puskesmas tersebut idealnya adalah ujung tombak kesehatan masyarakat. Terkait hal ini dapat dilihat hasil penelitian Yayasan Pelindungan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI) sebagaimana dikemukakan Indriani, bahwa di Indonesia saat ini terdapat 9.655 puskesmas yang terdiri dari 3.317 puskesmas perawatan dan 6.338 puskesmas nonperawatan. Berdasarkan hasil penelitian YPKKI, ada permasalahan terkait persepsi masyarakat. Persepsi awal yang negatif dari masyarakat terhadap pelayanan puskesmas misalnya:

- 1) Mutu pelayanan yang terkesan seadanya, puskesmas tidak cukup memadai dalam memberi pelayanan kesehatan dilihat dari tenaga, sarana dan prasarana.
- 2) Sering terjadi antrean panjang para pasien.
- 3) Pelaksanaan pelayanan yang belum berjalan dengan maksimal.
- 4) Adanya puskesmas yang tidak memiliki dokter umum.
- 5) Masih kurangnya tenaga dokter umum dan tenaga bidan baik di puskesmas maupun di puskesmas pembantu sehingga masih banyak masyarakat yang berobat dan persalinannya ditolong oleh dukun.
- 6) Susahnya mendapat rujukan dari puskesmas ke RS terutama jika tidak adanya RS di kabupaten, sehingga harus dirujuk ke RS di tingkat provinsi.
- 7) Lokasi puskesmas lebih jauh dan sulit dicapai dibandingkan dengan lokasi RS.

- 8) Pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang tidak sesuai dengan standar.
- 9) Dokter memeriksa pasien sangat cepat.
- 10) Petugas puskesmas yang tidak disiplin, kurang ramah, kurang senyum, kurang responsif dan dinilai cenderung arogan.
- 11) Obat yang ada di puskesmas sangat terbatas, sehingga obat terpaksa harus dibeli di apotek.
- 12) Jam kerja puskesmas yang sangat singkat.⁴⁶

Keduabelas poin tersebut mengindikasikan betapa sulitnya mewujudkan gagasan yang mulia dalam kehidupan nyata sehari-hari. Walaupun telah ada perangkat hukum yang memayunginya, namun praktik pelayanan kesehatan di lapangan membutuhkan pemahaman tersendiri bagi para petugasnya.

Selain masalah kualitas pelayanan kesehatan, ada sejumlah masalah lain dalam implementasi Program JKN di lapangan. Menurut hasil penelitian YPKKI, Pelaksanaan Program JKN oleh BPJS mulai 1 Januari 2014 dapat digambarkan sebagai berikut:

- 1) Tidak jelas peralihan harta kekayaan PT Askes ke BPJS.
- 2) Anak perusahaan PT Askes yaitu Asuransi Jiwa "*In Health*" yang nilainya Rp1,7 triliun dialihkan kepemilikannya ke Bank Mandiri (60 persen), BPJS (20 persen) sampai akhir tahun 2014, PT Kimia Farma (10 persen) dan Jasindo (10 persen), dananya ke mana?
- 3) Apa diperbolehkan BPJS yang nirlaba masih mempunyai saham 20 persen di "*In Health*"?
- 4) Apakah sistem INA-CBG dengan sistem paket masih dapat *manage care* seperti UU SJSN?⁴⁷

Hal tersebut menunjukkan betapa masih banyak hal yang harus dituntaskan terkait implementasi Program JKN. BPJS Kesehatan sebagai lembaga penyelenggara Program JKN mempunyai *power*

⁴⁶ R. Indriani, "Puskesmas dan Permasalahannya", Presentasi pada FGD Penelitian Kelompok tentang Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan JKN, Jakarta, 14 April 2014.

⁴⁷ M. Widjajarta, "Pantauan Program Jaminan Kesehatan", Presentasi Ketua Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia pada FGD Penelitian Kelompok tentang Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan JKN, Jakarta, 14 April 2014.

yang sangat kuat untuk mengelola pelayanan kesehatan masyarakat, namun jika tidak diisi oleh orang-orang yang mampu bekerja secara profesional, maka kecil harapan akan tercapai cita-cita terwujudnya masyarakat yang sehat dan sejahtera. Bahkan, bukan tidak mungkin, hasilnya akan sama saja dengan waktu-waktu lalu, ketika belum diberlakukan asuransi sosial di bidang kesehatan.

Masih banyaknya kendala dalam implementasi Program JKN dapat dilihat dari banyaknya pengaduan terkait hal tersebut. Menurut hasil penelitian YPKKI yang dikemukakan Widjajarta, kasus pengaduan terkait penyelenggaraan BPJS Kesehatan dari tanggal 1 Februari sampai dengan 20 Maret 2014 adalah sebagai berikut:

- 1) Peraturan berubah-ubah, pedoman pelaksanaan tidak ada (dikeluhkan oleh Dirut RSPAD Jeneral Gatot Subroto dan Ketua Asosiasi RS Swasta).
- 2) *Online* tidak jelas.
- 3) Verifikatur tidak paham permasalahan.
- 4) Tagihan banyak yang tertunda.
- 5) Apakah sistem 50 persen uang di muka sesuai dengan aturan JKN?
- 6) Bagaimana pertanggungjawaban pemberian obat penyakit kronis dengan Fornas dan DPHO sampai 31 Maret 2014 dan sesudahnya?
- 7) Akhir Maret 2014 untuk obat sementara ditunda penggunaan Fornas dengan *E-catalogue* diganti dengan DPHO.⁴⁸

Hal tersebut menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan sebenarnya belum siap sepenuhnya untuk melaksanakan tugas dan fungsinya sebagaimana diamanatkan oleh UU BPJS. Jika tidak segera dituntaskan, maka hal ini tentu akan menjadi preseden buruk dan berdampak negatif pada penyelesaian masalah dan pelaksanaan tugas BPJS Keselanjutnya.

Berdasarkan penelitian YPKKI, ada sejumlah hal yang perlu diperhatikan untuk perbaikan penyelenggaraan Program JKN ke depan, yaitu:

- 1) Sistem INA-CBG dapat dikatakan gagal, antara lain karena hutang Jamkesmas mencapai Rp2,9 triliun pada tahun 2013. Sebaiknya, hutang ini segera diselesaikan dan sistem dikembalikan seperti pada era PT Askes dengan tarif direvisi.

⁴⁸ *Ibid.*

- 2) Peran Kemenkes seharusnya hanya memonitoring layanan kesehatan.
- 3) Perhitungan jasa profesi kesehatan dihitung secara profesional berdasarkan *patient safety* dengan melibatkan perwakilan tenaga kesehatan, klinik, dan RS (bukan hanya IDI, PDGI, dan RS).
- 4) Untuk obat sebaiknya menggunakan DPHO ditambah dengan revisi.
- 5) Sosialisasi perlu ditingkatkan untuk PPK dan masyarakat.
- 6) Pengetahuan verifikatur perlu dimaksimalkan.
- 7) Agar pedoman pelaksanaan segera diselesaikan.
- 8) Penyerapan pemenang tender obat *E-catalogue* sesuai dengan kesepakatan.⁴⁹

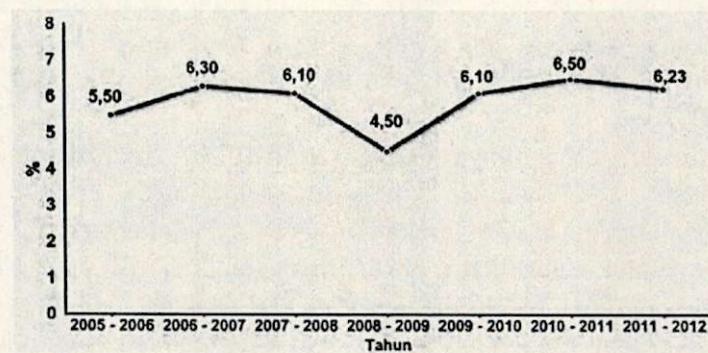
Hal-hal tersebut layak untuk diperhatikan jika ingin Program JKN dapat dilaksanakan dengan baik dan berhasil di masa mendatang. Masalah sistem INA-CBG, profesionalisme petugas BPJS, dan sebagainya perlu diatasi secara komprehensif dan mengarah pada BPJS Kesehatan yang profesional, serta didukung oleh Kementerian Kesehatan sebagai pengawas dan motivator yang baik.

Banyak faktor yang memengaruhi kondisi kesejahteraan masyarakat, di antaranya masalah kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu faktor penting yang berperan dalam menciptakan kesejahteraan tersebut. Jika masyarakat mendapatkan akses yang memadai di bidang kesehatan maka harapan akan peningkatan kesejahteraan juga akan semakin besar, artinya semakin besar peluang bagi masyarakat untuk mencapai kondisi yang lebih baik dibanding mereka yang tidak dapat memenuhi kebutuhan untuk sehat secara optimal. Masyarakat yang sehat tentu lebih merasa bahagia daripada mereka yang tidak sehat (sakit dan tidak bugar).

Kondisi kesehatan masyarakat Indonesia selama ini dapat dikatakan belum sepenuhnya baik, dan bahkan masih dibutuhkan keseriusan untuk mengatasinya. Kondisi kesehatan masyarakat tak lepas dari kondisi ekonomi yang menyertainya. Sebagaimana terlihat dalam tabel berikut, pertumbuhan ekonomi Indonesia mengalami kenaikan dan penurunan yang kurang signifikan. Selama tujuh tahun terakhir, kondisi pertumbuhan ekonomi menunjukkan

⁴⁹ Ibid.

perkembangan yang hampir sama per tiga tahunnya di mana pada tahun 2008–2009 kondisi pertumbuhan mengalami titik terendah.



Sumber: Badan Pusat Statistik, 2013

Gambar 1.

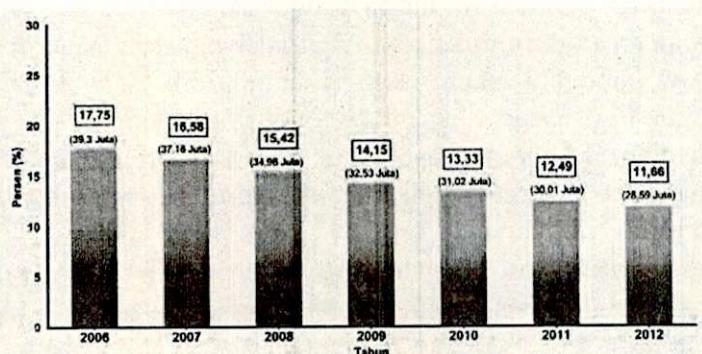
Laju Pertumbuhan Ekonomi Indonesia Tahun 2005–2012⁵⁰

Kondisi pertumbuhan ekonomi yang ditunjang oleh adanya inflasi yang tinggi pada akhirnya juga berdampak pada meningkatnya garis kemiskinan. Semakin buruk pertumbuhan ekonomi dan semakin tinggi inflasi yang terjadi maka garis kemiskinan juga semakin meningkat. Sebagaimana terlihat dalam gambar berikut, garis kemiskinan mengalami kenaikan setiap tahunnya, yang berarti terjadi hubungan berbanding terbalik antara pertumbuhan ekonomi dengan inflasi yang tinggi dan peningkatan kesejahteraan. Laju pertumbuhan ekonomi yang demikian, pada umumnya diwarnai akses kesehatan yang masih kurang atau belum baik bagi masyarakat. Adanya peningkatan atau laju pertumbuhan ekonomi pada umumnya berbanding lurus dengan peningkatan kualitas kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Selama setidaknya enam tahun berturut-turut pada dekade terakhir, jumlah penduduk miskin di Indonesia memang mengalami penurunan, yaitu dari 39,3 juta jiwa (17,75 persen dari total jumlah penduduk) menjadi 28,59 juta jiwa (11,66 persen dari total jumlah penduduk). Jika dicermati, penurunan jumlah penduduk miskin tersebut dapat dikatakan kurang signifikan setiap tahunnya, karena hanya mencapai sekitar 6,09 persen untuk kurun waktu enam tahun yang berarti penurunan jumlah penduduk miskin hanya sekitar satu

⁵⁰ Badan Pusat Statistik, 2013.

persen setiap tahunnya. Hal tersebut dapat dilihat pada gambar berikut:



Sumber: Badan Pusat Statistik, 2012

Gambar 2.

Persentase Penduduk Miskin di Indonesia Tahun 2006-2012⁵¹

Kondisi kesehatan masyarakat tak lepas dari kondisi kemiskinan. Selama bertahun-tahun hingga dilahirkannya UU SJSN dan UU BPJS, kondisi kesehatan masyarakat dapat dikatakan masih cukup memprihatinkan. Berdasarkan data Riskesdas 2013, belum semua orang Indonesia mempunyai jaminan kesehatan.

"Secara nasional, sebanyak 50,5 persen penduduk Indonesia belum memiliki jaminan kesehatan. Askes/ASABRI dimiliki oleh sekitar 6 persen penduduk, Jamsostek 4,4 persen, asuransi kesehatan swasta dan tunjangan kesehatan perusahaan masing-masing sebesar 1,7 persen. Kepemilikan jaminan didominasi oleh Jamkesmas (28,9 persen) dan Jamkesda (9,6 persen). Provinsi Aceh adalah provinsi yang paling tinggi cakupan kepemilikan jaminan kesehatan di antara provinsi lain, yaitu sekitar 96,6 persen penduduk atau hanya 3,4 persen yang tidak punya jaminan apapun. Sebaliknya DKI Jakarta menjadi provinsi dengan cakupan kepemilikan jaminan kesehatan yang paling rendah dan 69,1 persen penduduknya tidak mempunyai jaminan. Menurut kuintil indeks kepemilikan, Jamkesmas dimiliki oleh kelompok penduduk terbawah, menengah bawah dan menengah, masing-masing sebesar 50,3 persen, 43,0 persen dan 32,1 persen. Akan tetapi Jamkesmas dimiliki juga pada penduduk menengah atas (18,8 persen) dan teratas (8,9 persen)."⁵²

⁵¹ Badan Pusat Statistik, 2013.

⁵² Riset Kesehatan Dasar 2013, Kementerian Kesehatan RI, 2013.

Berbagai upaya telah dilakukan Pemerintah untuk memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat, namun hasilnya belum maksimal. Hingga saat ini masih banyak keluhan tentang layanan kesehatan terutama untuk masyarakat miskin, yang pada umumnya dianggap mengecewakan. Karena dinilai buruknya layanan kesehatan bagi masyarakat miskin, maka tak mengherankan jika pernah muncul beberapa pepatah sindiran seperti "Orang miskin dilarang sakit", "Rumah Sakit hanya untuk orang kaya", dan sebagainya.

Kesehatan dan kesejahteraan merupakan permasalahan panjang di Indonesia, layanan pemerintah kepada masyarakat untuk mengakses kebutuhan hidup sehat terus diupayakan walau hasilnya hampir selalu tidak optimal. Namun demikian, dengan diberlakukannya UU SJSN dan UU BPJS diharapkan masyarakat mendapat manfaat yang lebih baik dari sebelumnya, dan terbentang jalan yang lebih baik menuju peningkatan kesejahteraan. Masyarakat yang sehat adalah masyarakat yang berpeluang untuk sukses, dan masyarakat yang sehat adalah masyarakat yang sejahtera. Harapan masyarakat untuk hidup sejahtera dan kenyataan layanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan yang terjadi saat ini, diharapkan akan membawa hasil yang baik pada masa depan, dengan catatan, selalu ada evaluasi bagi setiap kegagalan dan penyimpangan.

BAB V PENUTUP

Berdasarkan uraian di atas, maka beberapa hal yang dapat dicatat sebagai masukan-masukan untuk perbaikan Program JKN ke depan, yaitu:

Program JKN yang merupakan implementasi dari UU SJSN dan UU BPJS idealnya mempunyai korelasi positif dengan kesejahteraan masyarakat. Program yang mulai dilaksanakan pada awal Januari 2014 itu diharapkan dapat memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat Indonesia, dan pada akhirnya diharapkan dapat mendorong masyarakat untuk produktif secara sosial dan ekonomi. Program tersebut secara ideal sangat baik, namun dalam implementasinya masih banyak mengalami kendala, sehingga program tersebut belum secara optimal mengubah kehidupan masyarakat.

Implementasi Program JKN perlu *monitoring* dan evaluasi yang berkesinambungan baik dalam jangka pendek, jangka menengah, maupun jangka panjang, dalam rangka memperbaiki dan mengembangkan layanan kesehatan bagi masyarakat. Program JKN harus terus diperbaiki kualitasnya, agar menjadi pilar yang kuat bagi kesejahteraan masyarakat. Program JKN mempunyai peran yang sangat penting, dalam rangka mewujudkan peran negara dalam upaya pemenuhan hak masyarakat untuk hidup sehat yang pada dasarnya merupakan hak asasi manusia. Program JKN perlu terus diperbaiki dalam rangka mengantarkan masyarakat Indonesia menuju masyarakat yang sejahtera.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. 2007. *Sistem Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Bawsir, R., Hudiyanto, Andriono, R., Aditya, M. Y., Sambodo, D. P. 1999. *Pembangunan Tanpa Perasaan (Evaluasi Pemenuhan Hak Ekonomi Sosial Budaya Orde Baru)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, IDEA, & ELSAM.
- Farich, A. 2012. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Huda, M. 2009. *Pekerjaan Sosial dan Kesejahteraan Sosial: Sebuah Pengantar*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Etika dan Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2011. *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, R. 2013. *Metode Penelitian Kebijakan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rachmat, R. H. 2013. *Percepatan Pembangunan Kesehatan di Indonesia (Melandaskan pada Paradigma Sehat dan Pemikiran Dasar Pembangunan Kesehatan)*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2013.
- Sudarma, M. 2008. *Sosiologi untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Peraturan

UU No. 8 Tahun 1999 tentang Pelindungan Konsumen.

UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

BPJS Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat

UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Perpres No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

Makalah

Indriani, R. "Puskesmas dan Permasalahannya", Presentasi pada FGD Penelitian Kelompok tentang Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan JKN, Jakarta, 14 April 2014.

Widjajarta, M. "Pantauan Program Jaminan Kesehatan", Presentasi Ketua Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia pada FGD Penelitian Kelompok tentang Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan JKN, Jakarta, 14 April 2014.

Website

"Definisi Kesehatan Masyarakat", <http://www.abcmedika.com/2013/09/definisi-kesehatan-masyarakat.html>, diakses 15 Mei 2014.

"Pengertian Kesehatan", <http://belajarpsikologi.com/pengertian-kesehatan/>, diakses 15 Mei 2014.

BAGIAN II

ARTI PENTING KETERSEDIAAN OBAT DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

-
- Peneliti bidang Kebijakan dan Manajemen Kesehatan di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI, *e-mail:* tririnipl@hotmail.com.

KEBIJAKAN PENYEDIAAN OBAT DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

oleh: Tri Rini Puji Lestari*

BAB I PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada awal tahun 2014 telah mengelola program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program JKN diharapkan dapat memberikan kepastian jaminan kesehatan bagi setiap rakyat Indonesia. Jaminan ini diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan perorangan yang komprehensif, mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan pemulihan, termasuk obat dan bahan medis dengan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (*managed care*).

Program JKN ditujukan untuk memberikan manfaat pelayanan kesehatan yang cukup komprehensif bagi masyarakat, mulai dari pelayanan preventif seperti imunisasi dan keluarga berencana sampai pelayanan penyakit katastropik seperti penyakit jantung dan gagal ginjal. Program tersebut diberikan oleh institusi pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta yang sudah menandatangi kontrak kerja sama dengan pemerintah untuk ikut menjalankan program JKN.

Sebagai negara berkembang, secara umum Indonesia masih mempunyai banyak pekerjaan rumah untuk menyejahterakan rakyatnya. Di bidang kesehatan masyarakat, salah satu unsur yang memegang peranan penting terhadap kesehatan masyarakat adalah keterjangkauan obat yang beredar di masyarakat. Oleh karena itu diperlukan sebuah kebijakan obat nasional untuk mengontrol harga obat di Indonesia. Kebijakan tersebut harus mencakup berbagai

regulasi yang mengatur seluruh pemangku kepentingan dalam kesehatan masyarakat.

Sistem asuransi berbasis masyarakat lewat JKN ini diharapkan bisa mendorong penggunaan obat esensial bagi masyarakat. Di samping itu, pemerintah juga harus meningkatkan upaya untuk memperluas sistem asuransi, agar masyarakat dapat menggunakan asuransi untuk mendapatkan resep yang lebih baik dan biaya yang dikeluarkan lebih efektif dengan harga yang lebih rendah dari harga industri.

Selama ini, masih banyak pemberitaan di media massa tentang keluhan masyarakat terkait ketersediaan obat di fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan dan cara pemberian obat kepada pasien peserta BPJS di era JKN. Hal ini membuktikan bahwa masalah ketersediaan obat bukan perkara mudah di tengah semangat negara memberikan jaminan sosial kesehatan bagi rakyatnya.

Namun demikian, sudah ada beberapa kebijakan yang ditempuh pemerintah terkait dengan pengelolaan obat di lapangan. Untuk kasus peserta yang masih harus mengeluarkan biaya, Kemenkes mengeluarkan teguran kepada fasilitas kesehatan yang melakukannya. Sedangkan untuk ketersediaan obat, pemerintah berupaya menjamin melalui *E-catalogue* agar kelangkaan tidak terulang kembali. *E-catalogue* sendiri merupakan kelanjutan dari daftar Formularium Nasional (Fornas) yang menjadi acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan resep bagi pasien. Katalog elektronik ini berisikan daftar obat yang dijamin dalam sistem JKN dan memuat harga satuan obat.¹

Berdasarkan latar belakang tersebut, permasalahannya adalah masih adanya kendala dalam penerapan kebijakan penyediaan obat di era JKN. Tulisan ini akan menguraikan lebih lanjut tentang bagaimana kebijakan obat nasional, kebijakan penyediaan obat di era JKN dan faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan kebijakan tersebut. Adapun tujuan dari tulisan ini adalah untuk menggali dan menganalisis berbagai permasalahan dan solusi seputar kebijakan penyediaan obat di era JKN.

¹ "Manajemen Pembiayaan Kesehatan", <http://Manajemen-Pembiayaan-kesehatan.Net/Index.Php>List-Berita/805-Ketersediaan-Obat-Penting-Untuk-Sukseskan-Jkn-2014>, diakses 3 Februari 2014.

Metode yang digunakan adalah metode deskriptif analisis kualitatif dengan pendekatan studi pustaka dengan cara mempelajari dan membaca literatur-literatur yang ada hubungannya dengan permasalahan kebijakan penyediaan obat di era JKN.

BAB II

KEBIJAKAN OBAT NASIONAL

Menurut Kepmenkes No. 189 Tahun 2006 tentang Kebijakan Obat Nasional, obat merupakan salah satu komponen yang tak tergantikan dalam pelayanan kesehatan. Obat adalah bahan atau paduan bahan-bahan yang digunakan untuk memengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi termasuk produk biologi.

Akses terhadap obat terutama obat esensial merupakan salah satu hak asasi manusia. Dengan demikian penyediaan obat esensial merupakan kewajiban bagi pemerintah dan lembaga pelayanan kesehatan baik publik maupun swasta.

Obat berbeda dengan komoditas perdagangan lainnya, karena selain merupakan komoditas perdagangan, obat juga memiliki fungsi sosial. Kebijakan Pemerintah terhadap peningkatan akses obat telah ditetapkan antara lain dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah, Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan Kebijakan Obat Nasional. Dalam subsistem Obat dan Perbekalan Kesehatan dalam SKN, penekanan diberikan pada ketersediaan obat, pemerataan termasuk keterjangkauan dan jaminan keamanan obat, serta khasiat dan mutu obat.

Kebijakan Obat Nasional selanjutnya adalah dokumen resmi berisi pernyataan komitmen semua pihak yang menetapkan tujuan dan sasaran nasional di bidang obat beserta prioritas, strategi dan peran berbagai pihak dalam penerapan komponen-komponen pokok kebijakan untuk pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Dengan demikian Kebijakan Obat Nasional merupakan bagian integral dari SKN 2004.

Kebijakan Obat Nasional dapat menjadi landasan, arah dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan khususnya di bidang obat yang meliputi pembiayaan, ketersediaan, pemerataan

dan keterjangkauan obat, seleksi obat esensial, penggunaan obat rasional, pengawasan, penelitian dan pengembangan, pengembangan sumber daya manusia dan pemantauan serta evaluasi.

Kebijakan Obat Nasional dalam pengertian luas dimaksudkan untuk meningkatkan pemerataan dan keterjangkauan obat secara berkelanjutan, agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Keterjangkauan dan penggunaan obat yang rasional merupakan bagian dari tujuan yang hendak dicapai. Pemilihan obat yang tepat dengan mengutamakan penyediaan obat esensial dapat meningkatkan akses serta kerasonalan penggunaan obat.

Semua obat yang beredar harus terjamin keamanan, khasiat dan mutunya agar memberikan manfaat bagi kesehatan. Bersamaan dengan itu masyarakat harus dilindungi dari salah penggunaan dan penyalahgunaan obat.

Dengan demikian tujuan Kebijakan Obat Nasional adalah menjamin:

1. Ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial.
2. Keamanan, khasiat dan mutu semua obat yang beredar serta melindungi masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat.
3. Penggunaan obat yang rasional.

Penerapan otonomi daerah pada tahun 2000 berdasarkan UU No. 22 Tahun 1999, yang diperbaharui dengan UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, mengakibatkan beberapa peran pemerintah pusat dialihkan kepada pemerintah daerah sebagai urusan wajib dan tugas pembantuan, salah satunya adalah bidang pelayanan kesehatan. Hal ini mengakibatkan penyediaan dan/atau pengelolaan anggaran untuk pengadaan obat esensial yang diperlukan masyarakat di sektor publik menjadi tanggung jawab pemerintah daerah yang sebelumnya merupakan tanggung jawab pemerintah pusat. Namun pemerintah pusat masih mempunyai kewajiban untuk penyediaan obat program kesehatan dan persediaan penyangga (*buffer stock*) serta menjamin keamanan, khasiat dan mutu obat.

Dana pemerintah untuk kesehatan telah dimasukkan ke dalam Dana Alokasi Umum (DAU), karena itu anggaran obat untuk pelayanan kesehatan dasar di daerah menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Anggaran obat untuk pelayanan kesehatan dasar di daerah sangat berbeda-beda antara satu daerah dengan daerah lainnya, karena adanya perbedaan visi dan persepsi pemerintah daerah tentang kesehatan. Walaupun demikian pemerintah pusat tetap bertanggung jawab membantu kabupaten/kota menyediakan obat untuk keperluan bencana dan kekurangan obat.

A. Landasan Kebijakan

Kepmenkes No. 189 Tahun 2006 menyatakan bahwa untuk mencapai tujuan Kebijakan Obat Nasional ditetapkan landasan kebijakan yang merupakan penjabaran dari prinsip dasar SKN, yaitu:

1. Obat harus diperlakukan sebagai komponen yang tidak tergantikan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Dalam kaitan ini aspek teknologi dan ekonomi harus diselaraskan dengan aspek sosial dan ekonomi.
2. Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan, keterjangkauan dan pemerataan obat esensial yang dibutuhkan masyarakat.
3. Pemerintah dan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab untuk menjamin agar pasien mendapat pengobatan yang rasional.
4. Pemerintah melaksanakan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian obat, sedangkan pelaku usaha di bidang obat bertanggung jawab atas mutu obat sesuai dengan fungsi usahanya. Tugas pengawasan dan pengendalian yang menjadi tanggung jawab pemerintah dilakukan secara profesional, bertanggung jawab, independen, dan transparan.
5. Masyarakat berhak untuk mendapatkan informasi obat yang benar, lengkap, dan tidak menyesatkan. Pemerintah memberdayakan masyarakat untuk terlibat dalam pengambilan keputusan pengobatan.

B. Strategi

1. Ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat esensial.

Akses obat esensial bagi masyarakat secara garis besar dipengaruhi oleh empat faktor utama, yaitu penggunaan obat yang rasional, harga yang terjangkau, pendanaan yang berkelanjutan, dan sistem kesehatan serta sistem penyediaan obat yang dapat diandalkan.

Berdasarkan pola pemikiran di atas, ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat esensial dicapai melalui strategi berikut:

- a. Sistem pembiayaan obat berkelanjutan, baik sektor publik maupun sektor swasta mengacu pada UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dijabarkan dalam berbagai bentuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).
 - b. Rasionalisasi harga obat dan pemanfaatan obat generik.
 - c. Penerapan sistem pengadaan dalam jumlah besar (*bulk purchasing*) atau pengadaan bersama (*pool procurement*) di sektor publik. Disertai distribusi obat yang efektif, efisien, dan akuntabel pada sektor publik dan swasta.
 - d. Pengembangan dan evaluasi terus-menerus, khususnya model dan bentuk pengelolaan obat sektor publik di daerah terpencil, daerah tertinggal, daerah perbatasan, dan daerah rawan bencana.
 - e. Penyiapan peraturan yang tepat untuk menjamin ketersediaan dan keterjangkauan obat.
 - f. Penerapan standar proses dan standar komoditi obat secara ketat sebagai sarana pembatasan jenis dan jumlah obat yang beredar.
 - g. Memanfaatkan skema dalam TRIPs seperti Lisensi Wajib dan Pelaksanaan Paten oleh Pemerintah.
- 2. Jaminan keamanan, khasiat, dan mutu beredar, serta pelindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat.**

Pengawasan dan pengendalian obat mulai dari impor, produksi hingga ke tangan pasien, merupakan kegiatan yang tidak terpisahkan.

Untuk mencapai maksud tersebut dilakukan strategi sebagai berikut:

- a. Penilaian keamanan, khasiat, dan mutu melalui proses pendaftaran, pembinaan, pengawasan dan pengendalian (binwasdal) impor, ekspor, produksi, distribusi, dan pelayanan obat merupakan suatu kesatuan yang utuh, dilakukan dengan kompetensi tinggi, akuntabel secara transparan dan independen.
- b. Adanya dasar hukum dan penegakan hukum secara konsisten, dengan efek jera yang tinggi untuk setiap pelanggaran.
- c. Penyempurnaan ketentuan sarana produksi, sarana distribusi, dan sarana pelayanan obat.
- d. Pemberdayaan masyarakat melalui penyediaan dan penyebaran informasi terpercaya, sehingga terhindar dari penggunaan obat yang tidak memenuhi standar.
- e. Penyempurnaan dan pengembangan berbagai standar dan pedoman.

3. Penggunaan obat yang rasional.

Pengembangan serta penerapan pedoman terapi dan kepatuhan terhadap Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), merupakan dasar dari pengembangan penggunaan obat yang rasional.

Salah satu masalah yang mendasar atas terjadinya penggunaan obat yang tidak rasional adalah informasi yang tidak benar, tidak lengkap dan menyesatkan. Oleh karena itu perlu dijamin agar pengguna obat, baik pelayan kesehatan maupun masyarakat mendapatkan informasi yang benar, lengkap dan tidak menyesatkan. Berdasarkan hal-hal tersebut upaya untuk penggunaan obat yang rasional dilakukan melalui strategi berikut:

- a. Penerapan DOEN dalam setiap upaya pelayanan kesehatan, baik perorangan maupun masyarakat, melalui pemanfaatan pedoman terapi dan formularium berbasis bukti ilmiah terbaik.
- b. Pengadaan obat di sarana kesehatan dan skema JKN mengacu pada DOEN.
- c. Penerapan pendekatan farmako ekonomi melalui analisis biaya-efektif dengan biaya-manfaat pada seleksi obat yang digunakan di semua tingkat pelayanan kesehatan.
- d. Penerapan pelayanan kefarmasian yang baik.
- e. Pemberdayaan masyarakat melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE).

C. Pokok-Pokok Kebijakan

1. Pembiayaan Obat

Sasaran:

Masyarakat, terutama masyarakat miskin dapat memperoleh obat esensial setiap saat diperlukan.

Hal utama yang menjamin tersedianya obat esensial bagi masyarakat adalah terjaminnya pembiayaan yang memadai secara berkelanjutan. Penyediaan biaya yang memadai dari pemerintah sangat menentukan ketersediaan dan keterjangkauan obat esensial oleh masyarakat.

Pelayanan kesehatan termasuk pelayanan obat semakin tidak terjangkau bila sarana pelayanan kesehatan sektor publik dijadikan sebagai sumber pendapatan daerah.

Salah satu upaya untuk menjamin pembiayaan obat bagi masyarakat, adalah bila semua anggota masyarakat dicakup oleh Sistem Jaminan Sosial Nasional.

2. Penyediaan dan Pemerataan Obat

Sasaran:

Obat yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan, terutama obat esensial senantiasa tersedia.

Ketersediaan dan pemerataan peredaran obat, terutama obat esensial secara nasional harus dijamin oleh pemerintah. Kemandirian tidak mungkin dicapai dalam pasar yang mengglobal.

Pemerintah perlu memberi kemudahan pada industri lokal yang layak teknis dan yang dapat menunjang perekonomian nasional melalui berbagai upaya dan dengan memanfaatkan peluang yang ada.

Sementara itu efisiensi dan efektivitas sistem distribusi perlu ditingkatkan terus untuk menunjang ketersediaan, keterjangkauan dan pemerataan obat yang berkelanjutan. Sarana dan prasarana yang telah dikembangkan pada waktu yang lalu seperti Gudang Farmasi Kabupaten/Kota perlu direvitalisasi guna menunjang ketersediaan, keterjangkauan dan pemerataan obat.

3. Keterjangkauan

Sasaran:

Harga obat terutama obat esensial terjangkau oleh masyarakat.

Upaya untuk keterjangkauan atau akses obat di upayakan dari dua arah, yaitu dari arah permintaan pasar dan dari arah pemasok. Dari arah permintaan diupayakan melalui penerapan Konsep Obat Esensial dan penggunaan obat generik. Penerapan Konsep Obat Esensial dan penggunaan obat generik dilakukan melalui berbagai upaya, antara lain promosi penggunaan obat generik di setiap tingkat pelayanan kesehatan, pengaturan, pengelolaan obat di sektor publik.

Sementara itu penerapan skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat meningkatkan keterjangkauan obat, terutama obat esensial bagi masyarakat. Oleh karena itu penerapan JKN harus terus diupayakan semaksimal mungkin.

Untuk mendapatkan harga yang lebih terjangkau di sektor publik, pengadaan dilakukan dalam jumlah besar atau pengadaan bersama.

Dari segi pasokan ditempuh berbagai upaya, antara lain dengan penyusunan kebijakan mengenai harga obat, terutama obat esensial dan pengembangan sistem informasi harga serta menghindarkan adanya monopoli.

Oleh karena akses terhadap obat esensial merupakan salah satu hak asasi manusia, maka obat esensial selayaknya dibebaskan dari pajak dan bea masuk.

4. Seleksi Obat Esensial

Sasaran:

Tersedianya Daftar Obat Esensial Nasional sesuai perkembangan ilmu pengetahuan yang dapat digunakan dalam pelayanan kesehatan secara luas.

Obat esensial adalah obat terpilih yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan, mencakup upaya diagnosis, profilaksis, terapi dan rehabilitasi yang diupayakan tersedia pada unit pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya. Agar sistem pelayanan kesehatan berfungsi dengan baik, obat esensial harus selalu tersedia dalam jenis dan jumlah yang memadai, bentuk

sediaan yang tepat, mutu terjamin, informasi yang memadai, dan dengan harga yang terjangkau.

Proses dalam pemilihan obat esensial merupakan hal yang sangat krusial. Daftar obat esensial yang ditentukan sepihak tidak akan mencerminkan kebutuhan nyata dan tidak diterima oleh tenaga kesehatan. Oleh karena itu proses pemilihan harus memperhatikan adanya konsultasi, transparansi, kriteria pemilihan yang jelas, pemilihan yang terkait dengan pedoman klinis berbasis bukti ilmiah terbaik, daftar dan pedoman klinis yang berbeda untuk setiap tingkat pelayanan yang diperbaharui secara berkala.

5. Penggunaan Obat yang Rasional

Sasaran:

Penggunaan obat dalam jenis, bentuk sediaan, dosis dan jumlah yang tepat dan disertai informasi yang benar, lengkap, dan tidak menyesatkan.

Penggunaan obat yang rasional merupakan salah satu langkah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik. Pada umumnya penggunaan obat di sarana pelayanan kesehatan belum rasional.

Untuk mengatasi permasalahan penggunaan obat yang tidak rasional perlu dilakukan pemantauan penggunaan obat agar dapat diketahui tipe ketidak-rasionalan, besarnya permasalahan, penyebab penggunaan obat yang tidak rasional, agar dapat dipilih strategi yang tepat, efektif, dan layak untuk dilaksanakan.

Upaya penggunaan obat secara rasional harus dilaksanakan secara sistematis di semua tingkat pelayanan kesehatan dengan menggunakan strategi yang telah terbukti berhasil.

6. Pengawasan Obat

Sasaran:

- a. Obat yang beredar harus memenuhi syarat keamanan, khasiat, dan mutu.**
- b. Masyarakat terhindar dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat.**

Pengawasan obat merupakan tugas yang kompleks yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan yaitu pemerintah, pengusaha, dan masyarakat. Ada beberapa persyaratan yang harus dipenuhi oleh lembaga pemerintah untuk melakukan pengawasan,

antara lain adanya dasar hukum, sumber daya manusia dan sumber daya keuangan yang memadai, akses terhadap ahli, hubungan internasional, laboratorium pemeriksaan mutu yang terakreditasi, independen, dan transparan.

Sasaran pengawasan mencakup aspek keamanan, khasiat, dan mutu serta keabsahan obat dalam rangka melindungi masyarakat terhadap penyalahgunaan dan salah penggunaan obat sebagai akibat dari kurangnya pengetahuan, informasi dan edukasi masyarakat yang harus ditangani secara lintas sektor dan lintas program.

7. Penelitian dan Pengembangan

Sasaran:

Peningkatan penelitian di bidang obat untuk menunjang penerapan Kebijakan Obat Nasional.

Penelitian dan pengembangan obat bertujuan untuk menunjang pembangunan di bidang obat yang mencakup kajian terhadap pembiayaan, ketersediaan dan pemerataan, keterjangkauan, seleksi obat esensial, penggunaan obat rasional, pengawasan, penelitian dan pengembangan, pengembangan sumber daya manusia dan pemantauan serta evaluasi.

8. Pengembangan Sumber Daya Manusia

Sasaran:

Tersedianya Sumber Daya Manusia (SDM) yang menunjang pencapaian tujuan Kebijakan Obat Nasional.

SDM yang diperlukan untuk berbagai lembaga di atas harus memadai dari segi jumlah, kompetensi maupun pemerataan. Untuk itu perlu dilakukan upaya peningkatan dan pengembangan SDM kesehatan secara sistematis, berkelanjutan disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Gudang Farmasi Kabupaten (GFK) yang sebelumnya telah ada di setiap Kabupaten/Kota dikembangkan menjadi Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota (IFK), dilengkapi dengan sistem informasi yang dapat diandalkan. Untuk itu dibutuhkan SDM dengan jumlah yang cukup dan kompeten.

Tersedianya SDM farmasi di puskesmas, rumah sakit baik pemerintah maupun swasta, industri farmasi, pedagang besar farmasi (PBF), apotek serta toko obat sangat diperlukan. Di samping

itu diperlukan apoteker sebagai administrator di kabupaten/kota, provinsi dan pusat.

9. Pemantauan dan Evaluasi

Sasaran:

Menunjang penerapan Kebijakan Obat Nasional melalui pembentukan mekanisme pemantauan dan evaluasi kinerja serta dampak kebijakan, guna mengetahui hambatan dan penetapan strategi yang efektif.

Penerapan Kebijakan Obat Nasional memerlukan pemantauan dan evaluasi secara berkala. Hal ini penting untuk melakukan antisipasi atau koreksi terhadap perubahan lingkungan dan perkembangan yang begitu kompleks dan cepat yang terjadi di masyarakat. Kegiatan pemantauan dan evaluasi merupakan bagian tidak terpisahkan dari kegiatan pengembangan kebijakan. Dari pemantauan kebijakan akan dapat dilakukan koreksi yang dibutuhkan.

Sedangkan evaluasi kebijakan dimaksudkan untuk mendapatkan informasi tentang penyelenggaraan, melaporkan luaran (*output*), mengukur dampak (*outcome*), mengevaluasi pengaruh (*impact*) pada kelompok sasaran, memberikan rekomendasi dan penyempurnaan kebijakan.

BAB III

KEBIJAKAN PENYEDIAAN OBAT DI ERA JKN

Konsep penyediaan daftar dan harga obat dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional mengedepankan konsep keamanan, efisiensi dan hemat biaya (*cost effective*) melalui sistem INA-CBG (*Indonesian Case Base Groups*) untuk rumah sakit sebagai penyedia layanan akan memberikan obat sesuai dengan penyakit yang diderita pasien. Sehingga farmasi tidak bisa menyediakan obat tanpa ada rincian yang jelas.

Upaya untuk meningkatkan ketersediaan obat dalam mendukung keselamatan pasien di era JKN, digunakan tiga instrumen yaitu: Formularium Nasional, *E-catalogue*, dan standar pelayanan kefarmasian.

A. Formularium Nasional (Fornas)

Dalam kebijakan dan program peningkatan ketersediaan obat dan penggunaan obat rasional (POR), daftar obat menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari INA-CBG. Daftar obat diperlukan demi kelancaran penyediaan obat dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan kaidah dan standar yang berlaku. Sedangkan susunan obat yang digunakan sebagai acuan nasional penggunaan obat dalam pelayanan kesehatan adalah Fornas.

Fornas diperlukan karena alokasi obat terbatas, sementara kebutuhan obat semakin meningkat; agar para dokter tidak membuat resep obat hanya berdasarkan pengalaman terhadap penggunaan obat tertentu saja; tidak terjadi penggunaan antibiotik yang berlebihan sehingga dapat menyebabkan resistensi; masih banyak obat yang belum didukung EBM (*Evidence Based Medicine*); mencegah terjadinya peredaran obat tidak aman dan palsu; mencegah terjadinya penggunaan obat tanpa pedoman karena dapat menyebabkan kendala dalam kendali mutu dan biaya.²

² B. T. Muliawan, "Kebijakan Penerapan Formularium Nasional dalam JKN", Presentasi Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kemenkes pada Mei 2013.

Berdasarkan Kemenkes Nomor 328 Tahun 2013 tentang Formularium Nasional, tujuan di susunnya Fornas adalah:

- 1) Menjadi acuan dalam memilih obat yang aman, berkhasiat, bermutu, terjangkau dan berbasis bukti ilmiah.
- 2) Menjadi acuan dalam perencanaan dan penyediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan.

Adapun manfaatnya adalah:

- 1) Menjadi acuan penetapan penggunaan obat dalam JKN;
- 2) Meningkatkan penggunaan obat yang rasional;
- 3) Mengendalikan biaya dan mutu pengobatan;
- 4) Mengoptimalkan pelayanan kepada pasien;
- 5) Memudahkan perencanaan dan penyediaan obat;
- 6) Meningkatkan efisiensi anggaran pelayanan kesehatan.

Fornas disusun oleh Komite Nasional Penyusun Fornas yang ditunjuk dan bertanggung jawab pada Kemenkes sebagaimana ditetapkan dalam SK Menkes RI No. 228/MEN/KES/SK/VI/2013 tentang Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional 2013. Fornas adalah suatu daftar penyediaan jenis dan harga obat yang menjadi acuan untuk pelayanan kesehatan JKN 2014.³

Fornas diambil berdasarkan DOEN sebagai referensi utama. DOEN ini tadinya diterjemahkan menjadi berbagai formularium berdasarkan penyedia asuransi. DOEN juga diterjemahkan berdasarkan fasilitas layanan kesehatan yang bersangkutan, misal rumah sakit dan institusi. Ada sekitar 100 sediaan jenis obat yang merupakan gabungan dari obat yang dipakai dalam Jamkesmas, DOEN, dan Daftar Plafon Harga Obat (DPHO).

Fornas merupakan gabungan sediaan obat untuk pelayanan primer, sekunder, dan tersier. Khusus untuk layanan kesehatan primer, obat diberikan berdasarkan pelayanan yang tercantum dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK).

Fornas terdiri dari 29 kelas terapi, 90 sub kelas terapi, dan 519 item obat/zat aktif (dalam 923 kekuatan/bentuk sediaan) yang terdiri dari:

³ "Kemenkes Susun Formularium Nasional Penyediaan Obat", <http://Kebijakankesehatanindonesia.Net/Component/Content/Article/73-Berita/1700-Kemenkes-Susun-Formularium-Nasional-Penyediaan-Obat.Html>, diakses 2 Mei 2014.

- 1) 468 item obat/zat aktif (dalam 838 kekuatan/bentuk sediaan) yang sudah ada di dalam DOEN tahun 2013, DPHO tahun 2013 dan Formularium Jamkesmas tahun 2013;
- 2) 51 obat/zat aktif (dalam 55 kekuatan/bentuk sediaan) di luar DOEN tahun 2013 dan DPHO tahun 2013;
- 3) 30 kekuatan dan bentuk sediaan baru (dari 30 item obat/zat aktif yang sudah ada di dalam DOEN tahun 2013, DPHO tahun 2013, dan Formularium Jamkesmas tahun 2013).

Fornas mengatur penggunaan obat pada pelayanan kesehatan masyarakat, sehingga obat yang ada dalam Fornas harus tersedia di fasilitas kesehatan. Di dalam Fornas juga ada aturan bahwa Fornas bisa diubah oleh kebijakan Direktur RS dengan persetujuan Komite Medik apabila obat yang dibutuhkan tidak tercantum dalam Fornas dan dapat digunakan obat lain secara terbatas. Penambahan dan/atau pengurangan daftar obat yang tercantum dalam Fornas ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah mendapatkan rekomendasi Komnas Fornas.

Klausul ini dapat berpengaruh besar, artinya terapi jenis apapun dapat dan boleh diberikan kepada pasien BPJS. Namun, hal ini mengkhawatirkan untuk RS yang belum memiliki standar terapi dan untuk RS yang belum memiliki hitungan *real cost* untuk masing-masing diagnosis penyakit. Sangat mungkin anggaran RS tidak mencukupi dan klaim BPJS berada di bawah *real cost* yang dikeluarkan.

Selain itu, dalam Fornas dimungkinkan adanya adendum untuk mengakomodir dinamika yang terjadi dalam perkembangan ilmu pengetahuan serta kebutuhan pasien. Adendum dilaksanakan setelah mendapat masukan dari *stakeholders* dan dibahas oleh Tim Komnas Fornas.⁴

B. E-Catalogue

Dalam menyongsong pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) tahun 2014. Pemerintah melakukan upaya

⁴ M. L. Sitanggang, "Kebijakan, Strategi, dan Upaya Menjamin Ketersediaan dan Keterjangkauan Obat", Presentasi pada FGD Penelitian Kelompok tentang Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan JKN, Jakarta, 14 April 2014.

kendali biaya obat untuk meningkatkan keterjangkauan obat melalui penetapan harga obat yang dijamin oleh BPJS dalam *E-catalogue*.

Dalam rangka menjamin ketersediaan dan pemerataan obat yang aman, bermutu dan berkhasiat untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, dibuatlah Surat Edaran Menteri Kesehatan No. KF/Kemenkes/167/III/2014 tentang Pengadaan Obat berdasarkan Katalog Elektronik. Dengan demikian, pengadaan obat berdasarkan *E-catalogue* bertujuan agar proses pengadaan obat menjadi lebih transparan, akuntabel, efektif, dan efisien. Untuk itu, Pemerintah dan Pelaku Usaha bertanggung jawab menjamin ketersediaan obat.

Penayangan *E-catalogue* dimulai pada tanggal 16 Maret 2014, secara bertahap yang mencakup obat generik dan nama dagang. *E-catalogue* digunakan untuk Satker Dinkes dan fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit, klinik dan apotek.

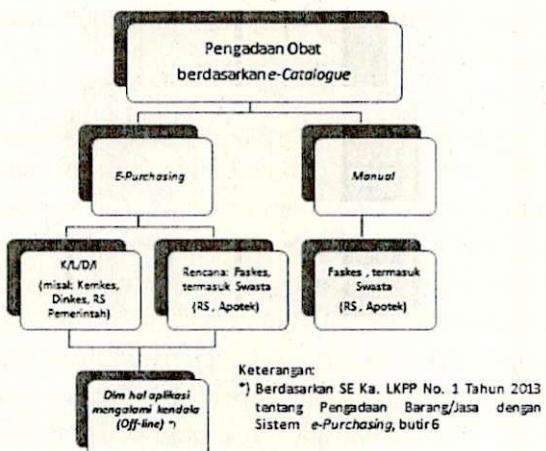
Berdasarkan Perpres Nomor 70 Tahun 2012 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah, penetapan harga melalui lelang harga satuan (*E-catalogue*) diharapkan agar pengadaan obat mengikuti aturan, lebih mudah, dan efisien dengan tetap menjamin ketersediaan obat. Apabila obat yang dibutuhkan tidak terdapat dalam *E-catalogue* obat, maka proses pengadaannya dilakukan secara manual.

Penetapan harga obat dilakukan melalui lelang harga satuan yang dilakukan di pusat antara LKPP (Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah) dan Kemenkes. Daftar obat yang tercantum dalam *E-catalogue* adalah obat generik berdasarkan DOEN. Sedangkan harga jual obat generik dalam *E-catalogue* adalah harga satuan terkecil sudah termasuk pajak, biaya distribusi (*franco kabupaten/kota*).⁵

Pemanfaatan *E-catalogue* ditujukan kepada seluruh satuan kerja di bidang kesehatan, baik pusat maupun daerah, fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat rujukan tingkat lanjut baik negeri maupun swasta yang bekerja sama dengan BPJS, dalam pengadaan obat, baik untuk program JKN maupun program kesehatan lainnya.

⁵ M. L. Sitanggang, "Implementasi *E-catalogue* Obat Tahun 2014", Presentasi Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alkes pada Pertemuan dengan Industri Farmasi, Jakarta, 22 April 2014.

Alur lengkap pengadaan obat berdasarkan *E-catalogue* dapat dilihat pada gambar berikut ini.



Gambar 1.
Alur Pengadaan Obat

C. Standar Pelayanan Kefarmasian

Menurut SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit, pelayanan Farmasi adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien dengan menyediakan obat yang bermutu termasuk pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

Saat ini sebagian besar rumah sakit di Indonesia belum melakukan kegiatan pelayanan farmasi seperti yang diharapkan. Hal ini dikarenakan beberapa kendala antara lain kemampuan tenaga farmasi, terbatasnya pengetahuan manajemen rumah sakit akan fungsi farmasi rumah sakit, kebijakan manajemen rumah sakit, terbatasnya pengetahuan pihak-pihak terkait tentang pelayanan farmasi rumah sakit. Akibat kondisi ini maka pelayanan farmasi rumah sakit masih bersifat konvensional yang hanya berorientasi pada produk yaitu sebatas penyediaan dan pendistribusian. Selain itu, standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Standar Pelayanan Rumah Sakit juga masih bersifat umum.

Padahal tujuan akhir dari pelayanan kefarmasian sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian di fasilitas kesehatan adalah *patient safety*. Pelayanan kefarmasian ini dilakukan atas dasar kolaborasi antara petugas farmasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan edukasi kepada pasien.⁶

Di sisi lain, menurut UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 18 dinyatakan bahwa praktik kefarmasiaan yang meliputi pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Selain itu menurut PP Nomor 12 Tahun 2013 tentang JKN Pasal 30, fasilitas kesehatan wajib menjamin peserta yang dirawat inap mendapatkan obat. Untuk itu setiap fasilitas kesehatan harus menyediakan pelayanan obat atau apotek jejaringnya. Dan ketersediaan apoteker menjadi wajib bagi fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan obat.

Pelayanan kefarmasian dilaksanakan oleh tenaga farmasi yang profesional. Kualitas dan rasio disesuaikan dengan beban kerja, cakupan pelayanan, serta perkembangan dan visi rumah sakit.

Menurut WHO untuk mewujudkan tujuan dari pelayanan kefarmasian, seorang tenaga farmasi profesional harus:

- 1) Memberikan pelayanan berkesinambungan dan bermutu tinggi.
- 2) Melakukan komunikasi dengan pasien dan tenaga profesi kesehatan lain.
- 3) Mampu mengambil keputusan, baik manajerial maupun dalam hal mengambil keputusan terbaik terkait dengan pelayanan kepada pasien.
- 4) Mampu menjadi seorang pemimpin di apotek.
- 5) Mampu mengelola apotek dengan baik dalam hal pelayanan, pengelolaan manajemen apotek, pengelolaan tenaga kerja, dan administrasi keuangan.
- 6) Terus-menerus menggali ilmu pengetahuan, senantiasa belajar, menambah pengetahuan dan keterampilannya serta mampu mengembangkan kualitas diri.

⁶ B. T. Muliawan, *loc. cit.*

- 7) Mampu menjadi guru, pembimbing bagi stafnya, harus mau meningkatkan kompetensinya, harus mau menekuni profesi.⁷

Pelayanan kefarmasian di fasilitas kesehatan dilakukan melalui sistem satu pintu dengan mengacu pada formularium, perencanaan pengadaan, pengelolaan, penyimpanan, dan penggunaan. pelayanan farmasi dengan sistem satu pintu mutlak dilaksanakan, yaitu instalasi farmasi sebagai pengelola tunggal perbekalan farmasi RS.

Manfaat dari sistem satu pintu adalah:

- 1) Memudahkan dalam pelaksanaan pengawasan dan pengendalian penggunaan sediaan farmasi.
- 2) Standardisasi sediaan farmasi.
- 3) Penjaminan mutu sediaan farmasi.
- 4) Pengendalian harga sediaan farmasi.
- 5) Menurunkan risiko kesalahan terkait penggunaan sediaan farmasi.
- 6) Memudahkan akses data sediaan farmasi.

Pada sistem pelayanan satu pintu, Instalasi Farmasi RS (IFRS) memiliki kewenangan penuh dalam pengelolaan perbekalan farmasi; mengelola obat secara berdaya guna dan berhasil guna; membuat prosedur perencanaan, pengadaan, penyimpanan, penyaluran, dan pemantauan obat yang digunakan di rumah sakit; bertanggung jawab terhadap obat yang beredar di RS; melaksanakan pengendalian pelayanan dan pemantauan penggunaan obat di rumah sakit: Apabila dalam pendanaan pengadaan obat melibatkan pihak ke tiga, maka tata kerja dan teknis layanan kefarmasian harus di bawah koordinasi IFRS.

Selain itu, dalam sistem satu pintu terdapat satu kebijakan (kriteria pemilihan obat, penerapan sistem formularium); satu *standard operating procedure - SOP* (prosedur instruksi kerja, pelayanan); satu pengawasan operasional (laporan rutin, *money*, koordinasi); dan satu sistem informasi (SIM, informasi logistik, informasi obat).⁸

⁷ A. Afdal, "Kebijakan Pelayanan Obat, Konsep dan Tatalaksana di Era SJSN", <http://www.scribd.com/.../Kebijakan-Pelayanan-Obat-Konsep-Tatalaksana-Di-Era-...>, diakses 2 Mei 2014.

⁸ C. J. Siregar, *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapan* (Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran Egc, 2004), hlm. 61.

Proses pelaksanaan sistem pelayanan kefarmasian satu pintu meliputi:

- 1) Pemahaman tentang tanggung jawab kepada pihak internal IFRS bahwa instalasi farmasi bertanggung jawab atas semua obat yang beredar di rumah sakit.
- 2) *Commitment building*, yaitu memberikan yang terbaik untuk pelanggan, pelayanan bebas kesalahan (*zero defect*), pelayanan bebas *copy resep* (terlayani semua di Rumah Sakit).
- 3) Membangun kekuatan internal RS terhadap pesaing farmasi dari luar dan mewujudkan keterikatan terhadap pelayanan farmasi RS dengan penyediaan dana gotong-royong seluruh jajaran RS.
- 4) Pemberdayaan Panitia Farmasi dan Terapi.
- 5) Penerapan sistem formularium RS.
- 6) Penerapan satu SOP penulisan resep.
- 7) Resep wajib dikirim ke IFRS untuk dilakukan *screening* (dan validasi).
- 8) Penerapan SIM farmasi.⁹

⁹ *Ibid.*

BAB IV

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI

KEBERHASILAN KEBIJAKAN PENYEDIAAN OBAT DI ERA JKN

Keberhasilan dalam penyediaan obat yang beredar di masyarakat memegang peranan penting terhadap kesehatan masyarakat. Untuk itu dalam kebijakan penyediaan obat harus mencakup berbagai regulasi yang mengatur seluruh pemangku kepentingan dalam kesehatan masyarakat, sehingga program kebijakan tersebut dapat diimplementasikan dengan baik dan mencapai tujuan yang diinginkan.

Menurut model Implementasi kebijakan yang dikembangkan oleh Edward III yang disebut dengan *Direct and Indirect Impact on Implementation*, ada empat faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan implementasi suatu kebijakan, yaitu faktor sumber daya, birokrasi, komunikasi, dan disposisi.¹⁰

Faktor Sumber Daya. Faktor sumber daya mempunyai peranan penting dalam implementasi kebijakan, karena bagaimanapun jelas konsistennya ketentuan-ketentuan atau aturan-aturan suatu kebijakan, jika para personil yang bertanggung jawab mengimplementasikan kebijakan kurang mempunyai sumber-sumber untuk melakukan pekerjaan secara efektif, maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan bisa efektif.

Indikator-indikator yang dipergunakan untuk melihat sejauh mana sumber daya dapat berjalan dengan rapi dan baik adalah:

- 1) Staf: sumber daya utama dalam implementasi kebijakan adalah staf/pegawai (dalam hal ini para tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam proses penyediaan obat), atau lebih tepatnya

¹⁰ Y. Yulianti, "Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Program Keluarga Berencana (KB) di Kecamatan Taktakan Kota Serang", https://www.academia.edu/3252600/ANALISIS_FAKTOR-Faktor_Yang_Mempengaruhi_Keberhasilan_Program_Keluarga_Berencana_Kb_Di_Kecamatan_Taktakan_Kota_Serang, diakses 19 Juni 2014.

street-level bureaucrats. Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan salah satunya disebabkan oleh staf yang tidak memadai, mencukupi ataupun tidak kompeten di bidangnya. Selain itu, cakupan atau luas wilayah implementasi perlu juga diperhitungkan manakala hendak menentukan staf pelaksana kebijakan.

- 2) Informasi: dalam implementasi kebijakan, informasi mempunyai dua bentuk. **Pertama**, informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan penyediaan obat, implementor harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan di saat mereka diberi perintah untuk melakukan tindakan. **Kedua**, informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap regulasi pemerintah yang telah ditetapkan, implementor harus mengetahui apakah orang lain yang terlibat dalam pelaksanaan tersebut patuh terhadap hukum.
- 3) Wewenang: kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan secara politik. Kewenangan harus bersifat formal untuk menghindari gagalnya proses implementasi karena dipandang oleh publik implementor tersebut tidak terlegitimasi. Tetapi dalam konteks yang lain, efektivitas kewenangan dapat menyurut manakala diselewengkan oleh para pelaksana demi kepentingannya sendiri maupun kelompoknya.

Faktor komunikasi. Komunikasi adalah suatu kegiatan manusia untuk menyampaikan apa yang menjadi pemikiran dan perasaannya, harapan atau pengalamannya kepada orang lain. Faktor komunikasi dianggap sebagai faktor yang amat penting, karena dalam setiap proses kegiatan melibatkan unsur manusia dan sumber daya yang akan selalu berurusan dengan permasalahan "Bagaimana hubungan yang dilakukan".

Implementasi yang efektif baru akan terjadi apabila para pembuat kebijakan dan implementor mengetahui apa yang akan mereka kerjakan, dan hal itu hanya akan diperoleh melalui komunikasi yang baik, yang juga dari komunikasi tersebut membentuk kualitas partisipatif masyarakat. Terdapat tiga indikator yang dapat dipakai dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi, yaitu:

- 1) Transmisi: penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Sering kali komunikasi yang telah melalui beberapa tingkatan birokrasi menyebabkan terjadinya salah pengertian (mis-komunikasi).
- 2) Kejelasan: komunikasi yang diterima oleh para pelaksana kebijakan haruslah jelas, akurat, dan tidak ambigu, sehingga dapat dihindari terjadinya perbedaan tujuan yang hendak dicapai oleh kebijakan seperti yang telah ditetapkan (tidak tepat sasaran).
- 3) Konsistensi: perintah yang diberikan kepada implementor haruslah konsisten dan jelas. Karena apabila perintah sering berubah-ubah akan membingungkan pelaksana kebijakan, sehingga tujuan dari kebijakan tidak akan tercapai.

Faktor Disposisi (Sikap). Disposisi ini diartikan sebagai sikap para pelaksana untuk mengimplementasikan kebijakan. Dalam implementasi kebijakan menurut Edward III , jika ingin berhasil secara efektif dan efisien, para pelaksana tidak hanya harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan dan mempunyai kemampuan untuk mengimplementasikan kebijakan tersebut, tetapi mereka juga harus mempunyai kemauan untuk mengimplementasikan kebijakan tersebut.

Hal-hal penting yang perlu diperhatikan pada variabel disposisi menurut Edward III, antara lain:

- 1) Pengangkatan birokrat: pemilihan dan pengangkatan personil pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, lebih khusus lagi pada kepentingan warga. Disposisi atau sikap para implementor yang tidak mau melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan akan menimbulkan hambatan-hambatan bagi tercapainya tujuan dari pengimplementasian kebijakan.
- 2) Insentif: Edward III menyatakan bahwa salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi kecenderungan sikap para pelaksana kebijakan adalah dengan memanipulasi insentif. Pada umumnya, orang bertindak berdasarkan kepentingan mereka sendiri, maka manipulasi insentif oleh pembuat kebijakan dapat mengurangi tindakan para pelaksana kebijakan. Dengan menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin dapat

memotivasi para pelaksana kebijakan untuk dapat melaksanakan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan dalam upaya memenuhi kepentingan pribadi (*self interest*) atau organisasi.

Faktor Struktur Organisasi. Meskipun sumber-sumber untuk mengimplementasikan suatu kebijakan sudah mencukupi dan para implementor mengetahui apa dan bagaimana cara melakukannya, serta mempunyai keinginan untuk melakukannya, implementasi kebijakan bisa jadi masih belum efektif, karena terdapat ketidakefisienan struktur birokrasi yang ada. Kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerja sama banyak orang. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi yang baik.

Selain itu, menurut Edward III terdapat dua karakteristik yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi ke arah yang lebih baik, yaitu dengan melakukan *Standard Operating Procedure* (SOP) dan fragmentasi.

- 1) *Standard Operating Procedure* (SOP) adalah suatu kegiatan rutin yang memungkinkan para pelaksana kebijakan untuk melakukan kegiatan-kegiatan setiap hari dengan standar yang telah ditetapkan; dan
- 2) fragmentasi adalah upaya penyebaran tanggung jawab kegiatan-kegiatan dan aktivitas-aktivitas pegawai di antara beberapa unit.¹¹

Jika model tersebut diaplikasikan pada kebijakan penyediaan obat, maka, faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan penyediaan obat adalah:

- 1) Kesiapan para tenaga kesehatan yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam kebijakan penyediaan obat baik di tingkat pusat maupun daerah.
- 2) Para tenaga kesehatan harus memiliki kesamaan pemahaman sampai dengan ketrampilan/kecakapan dalam mengimplementasikan kebijakan penyediaan obat. Sehingga pelayanan yang diberikan kepada masyarakat memiliki standar yang sama. Untuk itu advokasi ke berbagai lini harus terus dilakukan sampai ke pelosok daerah.

¹¹ *Ibid.*

- 3) Penerapan SOP dan profesionalisme tenaga kesehatan sangat berpengaruh pada sikap dalam mengimplementasikan kebijakan penyediaan obat.
- 4) Komitmen pemerintah daerah dan koordinasi yang baik antartenaga kesehatan serta instansi terkait dapat mempermudah dan memperlancar capaian kebijakan penyediaan obat.

Selain itu karena penyelenggaraan pelayanan farmasi satu pintu di unit pelayanan kesehatan khususnya di RS, akan memudahkan pelaksanaan dan pengawasan pelaksanaan penyediaan obat kepada masyarakat maka ada beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dalam menyelenggarakan pelayanan farmasi sistem satu pintu tersebut, antara lain:

- 1) Jumlah unit pelayanan yang ada di RS. Hal ini berguna untuk merencanakan jumlah dan letak *outlet* apotek.
- 2) Memperkirakan jumlah resep. Jumlah resep per hari pada jam sibuk/jam kerja dan luar jam kerja (khusus Instalasi Rawat Darurat/IRD).
- 3) Macam item obat yang diresepkan. Untuk menentukan *fast and slows moving drug* agar persediaan obat selalu ada. Hal ini sangat erat kaitannya dengan persediaan dana.
- 4) Jumlah tenaga yang diperlukan untuk setiap *outlet* apotek. Agar tercapai tepat obat dan tepat waktu. Tersedia tenaga untuk unit *dose dispensing*.
- 5) Tersedia tenaga farmasi klinik.

BAB V

PENUTUP

Keterjangkauan obat merupakan salah satu unsur yang memegang peranan penting terhadap kesehatan masyarakat. Untuk itu, kebijakan obat nasional untuk mengontrol harga obat di Indonesia sangat diperlukan.

Kebijakan Obat Nasional merupakan landasan, arah dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan khususnya di bidang obat. Dalam kebijakan obat nasional ditekankan bahwa semua obat yang beredar harus terjamin keamanan, khasiat dan mutunya agar memberikan manfaat bagi kesehatan. Bersamaan dengan itu masyarakat harus dilindungi dari salah penggunaan dan penyalahgunaan obat.

Kebijakan penyediaan obat di era JKN mengedepankan konsep keamanan, efisiensi dan hemat biaya (*cost effective*) melalui sistem INA-CBG (*Indonesian Case Base Groups*) untuk rumah sakit sebagai penyedia layanan akan memberikan obat sesuai dengan penyakit yang diderita pasien. Untuk meningkatkan ketersediaan obat dalam mendukung keselamatan pasien, digunakan Fornas, *E-catalogue*, dan standar pelayanan kefarmasian.

Ketersediaan obat penting untuk keberhasilan JKN, untuk itu peran faktor sumber daya, birokrasi, komunikasi, dan sikap sangat besar. Diperlukan juga dukungan regulasi yang mengatur seluruh pemangku kepentingan dalam kesehatan masyarakat.

Advokasi dan sosialisasi tentang pengorganisasian, penggerakan, pemantauan, pengawasan, pengendalian dan evaluasi kebijakan penyediaan obat harus terus dilakukan sampai pada tingkat pelaksana baik di pusat maupun daerah. Selain itu, perlu dibangun moral, etika, dedikasi, kompetensi, integritas, ketekunan, kerja keras, dan ketulusan segenap pemangku kepentingan (*stakeholders*) di bidang obat.

DAFTAR PUSTAKA

Siregar, C. J. 2004. *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Makalah

Muliawan, B. T. "Kebijakan Penerapan Formularium Nasional dalam JKN", Presentasi Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kemenkes pada Mei 2013.

Sitanggang, M. L. "Implementasi *E-catalogue* Obat Tahun 2014", Presentasi Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alkes pada Pertemuan dengan Industri Farmasi, Jakarta, 22 April 2014.

Sitanggang, M. L. "Kebijakan, Strategi, dan Upaya Menjamin Ketersediaan dan Keterjangkauan Obat", Presentasi pada FGD Penelitian Kelompok tentang Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan JKN, Jakarta, 14 April 2014.

Website

Afdal, A. "Kebijakan Pelayanan Obat, Konsep dan Tatalaksana di Era SJSN", <http://www.scribd.com/.../Kebijakan-Pelayanan-Obat-Konsep-Tatalaksana-Di-Era-...>, diakses 2 Mei 2014.

"Kemenkes Susun Formularium Nasional Penyediaan Obat", <http://Kebijakankesehatanindonesia.Net/Component/Content/Article/73-Berita/1700-Kemenkes-Susun-Formularium-Nasional-Penyediaan-Obat.Html>, diakses 2 Mei 2014.

"Manajemen Pembiayaan Kesehatan", <http://Manajemen-Pembiayaankesehatan.Net/Index.Php>List-Berita/805-Ketersediaan-Obat-Penting-Untuk-Sukseskan-Jkn-2014>, diakses 3 Februari 2014.

Yulianti, Y. "Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Program Keluarga Berencana (KB) di Kecamatan Taktakan Kota Serang", https://www.academia.edu/3252600/ANALISIS_FAKTOR-Faktor_Yang_Mempengaruhi_Keberhasilan_Program_Keluarga_Berencana_Kb_Di_Kecamatan_Taktakan_Kota_Serang, diakses 19 Juni 2014.

ANALISIS PENGADAAN OBAT DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN PADA AWAL JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

oleh: Rahmi Yuningsih*

BAB I PENDAHULUAN

Konferensi internasional Alma-Ata tahun 1978 menyatakan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia. Dalam konferensi tersebut dituliskan bahwa kesehatan merupakan suatu keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Di Indonesia, kesehatan juga merupakan hak asasi manusia sebagaimana tertera dalam Amandemen Kedua Tahun 2000 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) Pasal 28H ayat (1) yang berbunyi setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Sejalan dengan hak asasi manusia tersebut, negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana tertera pada UUD 1945 Pasal 34 ayat (3).

Pemenuhan hak kesehatan semua warga negara dalam suatu bangsa dapat dilakukan dengan sistem pembiayaan kesehatan dimana semua warga negara dalam suatu bangsa memiliki akses pelayanan kesehatan tanpa membedakan jenis kelamin, ras, wilayah, umur, status kesehatan, tingkat sosial dan ekonomi, serta tidak mengalami kesulitan dalam membayar pelayanan kesehatan. Sistem tersebut disebut cakupan jaminan kesehatan semesta (*universal*

* Peneliti bidang Kesehatan Masyarakat di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI, e-mail: rahmi.yuningsih@yahoo.com.

*health coverage).*¹ WHO mendeklarasikan cakupan jaminan kesehatan semesta pada tahun 2005. Pelaksanaan cakupan jaminan kesehatan semesta melalui sistem pembayaran yang bersumber pada pajak, asuransi kesehatan sosial atau campuran keduanya.² Sistem tersebut bertujuan untuk mengurangi ketergantungan pada pembayaran langsung yang dapat menyebabkan katastopik dan kemiskinan masyarakat akibat besarnya pembiayaan kesehatan.

Di Indonesia, implementasi cakupan jaminan kesehatan semesta berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). Program jaminan sosial dibagi menjadi lima yaitu jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berlaku untuk semua peserta agar memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan pelindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Sesuai dengan salah satu sistem pembayaran pada cakupan jaminan kesehatan semesta, sumber pembiayaan JKN berasal dari asuransi sosial. Asuransi sosial menurut ketentuan umum UU SJSN merupakan suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan pelindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya.

Iuran terbagi menjadi dua yaitu iuran yang dibayar oleh peserta dan iuran yang dibayar oleh pemerintah bagi peserta fakir miskin dan orang yang tidak mampu. Manfaat JKN berupa upaya pelayanan kesehatan perseorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Pelayanan tersebut diberikan pada fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta yang menjalin kerja sama dengan BPJS.

Dalam pelaksanaan JKN, obat merupakan salah satu pelayanan yang sangat dibutuhkan sehingga ketersedianya harus dijamin oleh pemerintah. Obat tidak hanya digunakan dalam pelayanan pengobatan atau kuratif saja tetapi juga dalam seluruh aspek upaya

¹ G. Carrin, et al., *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System* (Jenewa: WHO, 2005), hlm. 3.

² J. Kutzin, "Anything Goes on the Path to Universal Health Coverage? No", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 90, 2012, hlm. 867–868.

kesehatan yang mencakup promotif, preventif, dan rehabilitatif sehingga ketersediaan obat harus selalu diupayakan pada saat dibutuhkan.

Obat dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan merupakan salah satu dari sediaan farmasi. Dalam ketentuan umum disebutkan bahwa sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk memengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi, untuk manusia.

Pasal 36 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa pemerintah menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan perbekalan kesehatan, terutama obat esensial. Dalam Pasal 40 disebutkan bahwa pemerintah menyusun daftar dan jenis obat yang secara esensial harus tersedia bagi kepentingan masyarakat dan menjamin agar obat tersedia secara merata dan terjangkau oleh masyarakat. Dalam pasal yang sama ayat (6) perbekalan kesehatan berupa obat generik yang termasuk dalam daftar obat esensial nasional harus dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya sehingga penetapan harganya dikendalikan oleh pemerintah. Pasal 104 menyebutkan bahwa penggunaan obat dan obat tradisional harus dilakukan secara rasional. Sediaan farmasi yang berupa obat dan bahan baku obat harus memenuhi syarat farmakope Indonesia atau buku standar lainnya. Dalam Pasal 106 disebutkan bahwa sediaan farmasi dan alat kesehatan hanya dapat diedarkan setelah mendapat izin edar.

Obat merupakan salah satu subsistem Sistem Kesehatan Nasional (SKN). SKN berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional merupakan pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk memengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan

kontrasepsi, untuk manusia. Hal ini sesuai dengan yang tertera pada ketentuan umum UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Ketersediaan obat merupakan salah satu program teknis Kementerian Kesehatan seperti yang tertera pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01/60/I/2010 tentang Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014. Renstra Kementerian Kesehatan dibuat dalam rangka mencapai tujuan pembangunan nasional bidang kesehatan. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat setiap orang agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, manajemen dan informasi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Sasaran hasil program kefarmasian dan alat kesehatan adalah meningkatnya sediaan farmasi dan alat kesehatan yang memenuhi standar dan terjangkau oleh masyarakat.

Indikator tercapainya sasaran hasil pada tahun 2014 adalah persentase ketersediaan obat dan vaksin sebesar 100 persen. Untuk mencapai sasaran hasil tersebut, maka kegiatan yang dilakukan meliputi:

- 1) Peningkatan ketersediaan obat publik dan perbekalan kesehatan. *Outputnya* adalah meningkatnya ketersediaan obat esensial generik di sarana pelayanan kesehatan dasar. Indikator pencapaian *output* tersebut pada tahun 2014 adalah:
 - a) Persentase ketersediaan obat dan vaksin sebesar 100 persen;
 - b) Persentase obat yang memenuhi standar, cukup dan terjangkau sebesar 95 persen;
 - c) Ketersediaan obat per kapita per tahun di sarana pelayanan kesehatan dasar sebesar Rp18.000 per kapita;
 - d) Persentase instalasi farmasi kabupaten/kota sesuai standar sebesar 80 persen.
- 2) Peningkatan produksi dan distribusi alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT). *Output* adalah meningkatnya mutu dan keamanan alat kesehatan dan PKRT. Indikator pencapaian *output* tersebut pada tahun 2014 adalah:

- a) Persentase sarana produksi alat kesehatan dan PKRT yang memenuhi persyaratan cara produksi yang baik sebesar 80 persen;
 - b) Persentase sarana distribusi alat kesehatan yang memenuhi persyaratan distribusi sebesar 70 persen;
 - c) Persentase produk alat kesehatan dan PKRT yang beredar memenuhi persyaratan keamanan, mutu, dan manfaat sebesar 95 persen.
- 3) Peningkatan pelayanan kefarmasian. *Outputnya* adalah meningkatnya penggunaan obat rasional melalui pelayanan kefarmasian yang berkualitas untuk tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal. Indikator pencapaian *output* tersebut pada tahun 2014 adalah:
- a) Persentase instalasi farmasi rumah sakit pemerintah yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar sebesar 50 persen;
 - b) Persentase puskesmas perawatan yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar sebesar 30 persen;
 - c) Persentase penggunaan obat rasional di sarana pelayanan kesehatan sebesar 70 persen.
- 4) Peningkatan produksi dan distribusi kefarmasian. *Output* meningkatnya produksi bahan baku dan obat lokal serta mutu produksi dan distribusi kefarmasian, meningkatnya kualitas produksi dan distribusi kefarmasian, meningkatnya produksi bahan baku obat dan obat tradisional produksi di dalam negeri. Indikator pencapaian *output* tersebut pada tahun 2014 adalah jumlah bahan baku obat dan obat tradisional produksi di dalam negeri sebanyak 45 jenis, jumlah standar produk kefarmasian yang disusun dalam rangka pembinaan produksi dan distribusi sebanyak 10 standar dan jumlah industri farmasi nasional memperoleh prakualifikasi WHO untuk produk obat program sebanyak tiga industri.
- 5) Dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program kefarmasian dan alat kesehatan. *Output* meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program kefarmasian dan alat kesehatan. Indikator pencapaian *output* tersebut pada tahun 2014 adalah:

- a) Persentase dokumen anggaran yang diselesaikan sesuai usulan, pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia dan prasarana pertanggungjawaban keuangan yang sesuai SAI dan peraturan perundang-undangan sebesar 100 persen;
- b) Persentase dukungan manajemen dan pelaksanaan program kefarmasian dan alat kesehatan di daerah dalam rangka dekonsentrasi sebesar 100 persen.

Selain itu, dalam Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 32 ayat (1) menyebutkan bahwa pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai untuk Peserta Jaminan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan berpedoman pada daftar dan harga obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri. Sebelum ditetapkan oleh Menteri, daftar dan harga obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai disusun secara transparan dan akuntabel oleh komite nasional. Komite nasional terdiri atas unsur Kementerian Kesehatan, Badan Pengawas Obat dan Makanan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, asosiasi profesi, perguruan tinggi dan tenaga ahli. Daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dituangkan dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan.

Selain kebijakan obat dalam UU Kesehatan, SKN dan Renstra Kementerian Kesehatan, kebijakan obat di Indonesia juga diatur dalam Kebijakan Obat Nasional sebagaimana yang tertera pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 189 Tahun 2006 tentang Kebijakan Obat Nasional. Tujuan Kebijakan Obat Nasional adalah menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan obat terutama obat esensial; keamanan, khasiat dan mutu semua obat yang beredar serta melindungi masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat dan penggunaan obat yang rasional. Ruang lingkup Kebijakan Obat Nasional adalah pembiayaan, ketersediaan dan pemerataan, keterjangkauan obat, seleksi obat esensial, penggunaan obat rasional, pengawasan, penelitian dan pengembangan, pengembangan sumber daya manusia dan pemantauan serta evaluasi.

Pengadaan obat dalam era JKN yang diterapkan mulai Januari 2014, berpedoman pada Formularium Nasional sesuai dengan

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 328/Menkes/IX/2013 tentang Formularium Nasional. Tujuan Keputusan Menteri Kesehatan tersebut dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan perlu menjamin aksesibilitas obat yang aman, berkhasiat, bermutu, dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup dan dalam rangka pelaksanaan JKN perlu disusun daftar obat dalam bentuk Formularium Nasional. Dalam UU SJSN Pasal 25 disebutkan bahwa daftar dan harga tertinggi obat-obatan, serta bahan medis habis pakai yang dijamin BPJS ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dalam penjelasannya disebutkan bahwa penetapan daftar dan plafon harga dalam ketentuan ini dimaksudkan agar mempertimbangkan perkembangan kebutuhan medik ketersediaan, serta efektifitas dan efisiensi obat atau bahan medis habis pakai.

Namun kenyataannya, penggunaan obat rasional belum dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan. Di puskesmas, lebih dari 90 persen menggunakan obat generik namun di fasilitas pelayanan kesehatan lain penggunaan obat generik belum maksimal. Penggunaan obat generik di rumah sakit pemerintah kurang dari 76 persen, rumah sakit swasta 49 persen, dan apotek kurang dari 47 persen. Hal ini menunjukkan bahwa konsep obat esensial generik belum sepenuhnya diterapkan. Data persentase rata-rata penggunaan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan tahun 2012 menunjukkan persentase nasional sebesar 82,8 persen. Persentase tersebut sudah di atas target Renstra yang sebesar 70 persen. Adapun wilayah dengan penggunaan obat generik terendah adalah DI Yogyakarta 69,1 persen, Kalimantan Selatan 71,9 persen, DKI Jakarta 73,6 persen, Papua Barat 73,8 persen dan Kalimantan Timur 76,8 persen.

Dalam pelayanan kesehatan, ketersediaan obat dalam jenis yang lengkap, jumlah yang cukup, terjamin khasiatnya, aman, efektif, dan bermutu dengan harga terjangkau serta mudah diakses adalah sasaran yang harus dicapai.³ Namun berdasarkan data Kementerian Kesehatan, pada tahun 2012 persentase nasional ketersediaan obat dan vaksin sebesar 92,85 persen. Jumlah tersebut belum mencapai 100 persen walaupun sudah di atas target Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2012 yang sebesar 90 persen. Beberapa provinsi

³ Kemenkes, *Profil Kesehatan Indonesia 2012* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

dengan persentase terendah adalah Gorontalo 66 persen, Maluku 66 persen, Kepulauan Riau 74 persen, Aceh 82 persen dan Riau 88 persen.

Masalah terkait pelayanan obat dalam JKN tidak hanya seputar masalah pemerataan, ketersediaan, dan keterjangkauan melainkan masalah kualitas, keamanan, efikasi, penggunaan obat yang tidak rasional, masalah efisiensi penggunaan obat, masalah pengembangan teknologi produksi obat, dan lainnya. Namun dalam tulisan ini hanya diperdalam mengenai analisis pengadaan obat di beberapa fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama maupun lanjutan pada masa awal pelaksanaan JKN tahun 2014 di Kota Banda Aceh Provinsi Aceh dan Kota Jayapura Provinsi Papua. Tulisan ini akan memperlihatkan gambaran pengadaan obat di beberapa fasilitas pelayanan kesehatan pada awal pelaksanaan JKN di Kota Banda Aceh Provinsi Aceh dan Kota Jayapura Provinsi Papua tahun 2014.

Data dalam tulisan ini merupakan hasil penelitian kelompok Tim Kesejahteraan Sosial Sekretariat Jenderal DPR RI yang dilakukan pada tanggal 5 sampai dengan 11 Mei 2014 di Kota Banda Aceh Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dan tanggal 19 sampai dengan 25 Mei 2014 di Kota Jayapura Provinsi Papua dengan judul penelitian "Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (Studi di Kota Banda Aceh Provinsi Aceh dan Kota Jayapura Provinsi Papua)". Alasan pemilihan dua kota tersebut adalah mewakili wilayah paling barat dan paling timur Indonesia dalam pemerataan distribusi obat.

BAB II PEMBAHASAN

Obat merupakan semua zat baik kimiawi, hewani, maupun nabati yang dalam dosis layak dapat menyembuhkan, meringankan atau mencegah penyakit berikut gejalanya. Kebanyakan obat yang digunakan di masa lalu adalah obat yang berasal dari tanaman. Dengan cara coba-mencoba, secara empiris, orang purba mendapatkan pengalaman dengan berbagai macam daun atau akar tumbuhan untuk mengobati penyakit. Pengetahuan ini secara turun-menurun disimpan dan dikembangkan sehingga muncul ilmu pengobatan rakyat seperti pengobatan tradisional jamu di Indonesia. Namun tidak semua obat memulai riwayatnya sebagai obat anti penyakit, ada pula yang pada awalnya digunakan sebagai alat ilmu sihir, kosmetika atau racun untuk membunuh musuh. Misalnya, *strychnin* dan *kurare*.⁴

Beberapa istilah obat yang sering digunakan adalah obat jadi, obat paten, obat asli, obat tradisional, obat generik, dan obat esensial. Obat jadi adalah obat dalam keadaan murni atau campuran dalam bentuk serbuk, tablet, pil, kapsul suppositoria, cairan, salep atau bentuk lainnya yang secara teknis sesuai dengan Farmakope Indonesia atau buku resmi lain yang ditetapkan oleh pemerintah. Obat paten adalah obat jadi dengan nama dagang yang terdaftar atas nama pembuat yang diberi kuasa dan dijual dalam bungkus asli dari pabrik yang memproduksinya. Obat asli adalah obat yang didapat langsung dari bahan-bahan alamiah Indonesia yang diolah secara sederhana berdasarkan pengalaman dan digunakan dalam pengobatan tradisional. Obat tradisional adalah obat yang didapat dari bahan alam misalnya mineral, tumbuhan atau hewan, diolah secara sederhana berdasarkan pengalaman dan digunakan dalam pengobatan tradisional. Obat generik adalah obat dengan nama

⁴ T. H. Tjay dan K. Rahardja, *Obat-Obat Penting: Kasiat, Penggunaan dan Efek-Sampingnya* (Jakarta: PT Elex Media Komputindo, 2007).

resmi yang ditetapkan dalam Farmakope Indonesia untuk zat berkhasiat yang dikandungnya. Sedangkan obat esensial adalah obat yang paling banyak dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan masyarakat dan tercantum dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan RI.⁵

A. Manajemen Pengadaan Obat Sebelum JKN

Sebelum era desentralisasi, perencanaan dan pengadaan obat dilakukan oleh pemerintah pusat yaitu Departemen Kesehatan. Unit Pengelola Obat yang waktu itu dilakukan oleh Gudang Farmasi Kabupaten (GFK) hanya menerima, menyimpan dan mendistribusikan ke Puskesmas. GFK memiliki tanggung jawab sepenuhnya atas kebutuhan obat di tingkat kabupaten/kota.⁶

Pada UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, terdapat pembagian urusan pemerintah pusat dan daerah. Urusan penanganan bidang kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah provinsi dan pemerintahan kabupaten/kota. Adanya pembagian urusan tersebut untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan, pelayanan, pemberdayaan dan peran serta masyarakat serta peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, keistimewaan dan kekhususan suatu daerah. Salah satu kewenangan yang diberikan kepada daerah adalah pengadaan obat. Pengadaan obat mengacu pada konsep obat esensial, obat generik dan peningkatan penggunaan obat secara rasional.⁷ Dalam era desentralisasi ini, peran pemerintah pusat di bidang kesehatan meliputi pembinaan berupa penetapan program, pengaturan, standardisasi, perencanaan strategis dan penetapan program; pengawasan berupa registrasi, perijinan dan pengamanan; fasilitasi berupa bimbingan, pedoman pelaksanaan, pendidikan dan pelatihan; dan ikut menyelenggarakan pelayanan yang belum

⁵ Syamsuni, *Farmasetika Dasar dan Hitungan Farmasi* (Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2005).

⁶ M. J. Herman dan R. S. Handayani, "Eksistensi Unit Pengelola Obat di Beberapa Kabupaten/Kota Suatu Analisis Paska Desentralisasi", *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 12 No. 04 Desember 2009, hlm. 209–217.

⁷ I. M. Sunarsih, "Desentralisasi Sektor Obat", *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 05, No. 02, 2002, hlm. 67–71.

dapat sepenuhnya dilaksanakan oleh masyarakat. Sedangkan di tingkat daerah ada kewenangan untuk pengadaan sektor publik dan perijinan apotek.⁸

Dalam era desentralisasi, penyusunan perencanaan obat setiap tahunnya dilaksanakan oleh Unit Pengelola Obat atau GFK bersama dengan Badan Perencanaan Daerah (Bapeda), dan diadvokasikan kepada Bupati dan DPRD setempat. Perencanaan kebutuhan berdasarkan jenis penyakit yang telah terjadi maupun prediksi yang akan terjadi, dan evaluasi penggunaan obat tahun lalu. Perencanaan dilakukan dari level puskesmas setiap setahun sekali. Perencanaan kebutuhan obat disusun oleh tim perencanaan obat terpadu yang anggotanya terdiri dari Kepala Unit Pengelola Obat, Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas-Puskesmas dan lintas sektor yaitu Bapeda dan Bidang Hukum. Rekapitulasi perencanaan kebutuhan obat dihitung dengan metode konsumsi dan epidemiologi dengan memperhatikan stok/persediaan yang masih ada di Unit Pengelola Obat dan Puskesmas, kemudian diserahkan kepada Tim Pengadaan Obat untuk dilaksanakan tender.

Selanjutnya pengadaan obat pada umumnya dilakukan secara tender. Tender dilakukan satu kali dalam setahun dengan jumlah pembanding sebanyak tiga rekanan/distributor obat yang telah lulus dalam seleksi, baik kelengkapan administrasi maupun kualifikasi obat, serta harga yang bersaing. Setelah obat yang dipesan datang, diterima panitia penerima obat sesuai dengan persyaratan teknis dan ketentuan pada kontrak, dicatat dan disimpan sesuai dengan peraturan penyimpanan untuk kemudian didistribusikan ke puskesmas-puskesmas setiap satu atau tiga bulan sekali yang dihitung sesuai dengan kebutuhan puskesmas yang bersangkutan. Pencatatan dan pelaporan dilaksanakan dengan menggunakan Formulir Lembar Permintaan dan Lembar Penggunaan Obat (LPLPO).

Sebagai dasar penentuan jenis obat adalah obat sangat esensial dan esensial dalam bentuk generik untuk 10 jenis penyakit utama. Untuk obat yang dibutuhkan tetapi tidak ada generiknya, diadakan obat dengan merek dagang tertentu yang harganya terjangkau di

⁸ Ibid.

salah satu kota. Pada umumnya pemenang tender adalah rekanan/distributor suatu pabrik farmasi BUMN. Dengan demikian, jenis obat yang ditawarkan juga merupakan produk pabrik farmasi BUMN, namun dalam proses penyerahannya jenis obat kadang-kadang tidak sesuai dengan permintaan. Proses distribusi obat ke puskesmas dilakukan tiap bulan berdasarkan permintaan puskesmas. Apabila terjadi kekurangan obat di suatu puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memenuhi permintaan kekosongan obat tersebut kepada puskesmas yang bersangkutan melalui nota dinas yang dikemudian hari akan merupakan bagian permintaan berikutnya. Hal ini sering dilakukan di salah satu kabupaten, terutama distribusi ke kecamatan yang terpencil.

Pencatatan permintaan obat dan pelaporannya tiap bulan untuk seluruh kabupaten/kota menggunakan suatu Formulir LPLPO. Tiap daerah mempunyai kebutuhan lokal spesifik yang beragam antarkabupaten/kota, sehingga kedudukan Unit Pengelola Obat/GFK menjadi tidak jelas serta tugas pokok dan fungsinya diterapkan di kabupaten/kota secara beragam. Beberapa kabupaten/kota menempatkan tugas pokok dan fungsi pengelolaan obat di bawah seksi. Ada pula yang menempatkannya di bawah Puskesmas kecamatan. Beberapa kabupaten ada yang mengakomodasinya sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dan bahkan masih ada yang belum/tidak jelas statusnya dalam struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Tidak dapat dipungkiri bahwa desentralisasi selain mempunyai dampak negatif ketidakjelasan terhadap kedudukan GFK, pengelolaan obat secara mandiri membawa beberapa keuntungan kepada daerah, misalnya proses pembelajaran dalam rangka peningkatan kemampuan petugas terutama dalam aspek pengadaan obat, penyusunan anggaran dan negosiasi dengan pemegang keputusan di tingkat kabupaten/kota, serta meningkatkan aktivitas perekonomian di daerah terutama dari aspek obat.⁹

B. Pengadaan Obat pada Sistem JKN

Dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 36 disebutkan bahwa pemerintah menjamin ketersediaan, pemerataan,

⁹ M. J. Herman dan R. S. Handayani, *loc. cit.*

dan keterjangkauan perbekalan kesehatan, terutama obat esensial. Penerapan gagasan daftar obat esensial dimaksudkan untuk meningkatkan ketepatan, keamanan, kerasionalan penggunaan obat yang sekaligus akan meningkatkan daya guna dan hasil guna biaya yang tersedia sebagai salah satu langkah pemerintah untuk memperluas, memeratakan, dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada masyarakat. Obat esensial dapat disediakan dalam bentuk obat generik dan dapat juga berupa obat dengan nama dagang atau obat paten.¹⁰

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 312/Menkes/SK/IX/2013 tentang Daftar Obat Esensial Nasional 2013, DOEN bertujuan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan untuk menjamin ketersediaan obat yang lebih merata dan terjangkau oleh masyarakat. Obat esensial adalah obat terpilih yang paling dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan, mencakup upaya diagnosis, profilaksis terapi dan rehabilitasi yang diupayakan tersedia di fasilitas kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya. DOEN merupakan standar nasional minimal untuk pelayanan kesehatan. Penerapan DOEN dimaksudkan untuk meningkatkan ketepatan, keamanan, kerasionalan penggunaan dan pengelolaan obat yang sekaligus meningkatkan daya guna dan hasil guna biaya yang tersedia sebagai salah satu langkah untuk memperluas, memeratakan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Bentuk sediaan dan kekuatan sediaan yang tercantum dalam DOEN adalah mengikat. Besar kemasan yang diadakan untuk masing-masing unit pelayanan kesehatan didasarkan pada efisiensi pengadaan dan distribusinya dikaitkan dengan penggunaan.

Penerapan DOEN harus dilaksanakan secara konsisten dan terus-menerus di semua unit pelayanan kesehatan. Jika diperlukan, obat di luar DOEN dapat ditambah dengan pedoman formularium rumah sakit atau daftar obat terbatas lain seperti Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) Askes. Penerapan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota membawa implikasi terhadap organisasi kesehatan di provinsi, kabupaten maupun kota. Demikian pula

¹⁰ Staf Pengajar Kedokteran Farmakologi, *Kumpulan Kuliah Farmakologi* (Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2004).

halnya dengan organisasi pengelolaan obat, masing-masing daerah kabupaten/kota mempunyai struktur organisasi dan kebijakan sendiri dalam pengelolaan obat. Di mana hal ini membuka berbagai peluang terjadi perbedaan yang sangat mendasar di masing-masing kabupaten/kota dalam melaksanakan pengelolaan obat. Siklus distribusi obat dimulai pada saat produk obat keluar dari pabrik atau distributor, dan berakhir pada saat laporan konsumsi obat diserahkan kepada unit pengadaan.

Distribusi obat yang efektif harus memiliki desain sistem dan manajemen yang baik dengan cara antara lain: menjaga suplai obat tetap konstan, mempertahankan mutu obat yang baik selama proses distribusi, meminimalkan obat yang tidak terpakai karena rusak atau kadaluwarsa dengan perencanaan yang tepat sesuai kebutuhan masing-masing daerah, memiliki catatan penyimpanan yang akurat, rasionalisasi depo obat dan pemberian informasi untuk memperkirakan kebutuhan obat. Dengan adanya desentralisasi diharapkan kabupaten/kota maupun provinsi dapat mencukupi kebutuhan obatnya masing-masing. Pemerintah pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan hanya memback-up manakala kabupaten/kota maupun provinsi tidak dapat memenuhi kebutuhannya. DOEN merupakan dasar untuk daerah (kabupaten/kota/provinsi) dalam perencanaan dan pengadaan obat baik di tingkat daerah (kabupaten/kota/provinsi) maupun di tingkat pusat.¹¹

Selain DOEN, pengadaan obat di rumah sakit pemerintah wajib menggunakan obat generik. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Hk.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah. Tujuannya adalah menjamin ketersediaan obat generik dalam jumlah dan jenis yang cukup, terjangkau oleh masyarakat serta terjamin mutu dan keamanannya. Dalam Pasal 3 disebutkan bahwa Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota wajib menyediakan obat esensial dengan nama generik untuk kebutuhan Puskesmas dan Unit Pelaksana Teknis lainnya sesuai dengan kebutuhan. Menyediakan mencakup perencanaan, pengadaan, penyimpanan, penyediaan, pengelolaan dan pendistribusian obat kepada puskesmas dan pelayanan kesehatan lain. Dokter yang

¹¹ Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 312/Menkes/SK/IX/2013 tentang Daftar Obat Esensial Nasional 2013.

bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah wajib menulis resep obat generik bagi semua pasien sesuai indikasi medis.

Pengadaan obat dalam era JKN yang diterapkan mulai Januari 2014, berpedoman pada formularium nasional sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 328/Menkes/IX/2013 tentang Formularium Nasional. Tujuan Kepmenkes tersebut dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan perlu menjamin aksesibilitas obat yang aman, berkhasiat, bermutu dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup dan dalam rangka pelaksanaan JKN perlu disusun daftar obat dalam bentuk formularium nasional. Formularium Nasional (Fornas) adalah daftar obat yang disusun berdasarkan bukti ilmiah mutakhir oleh Komite Nasional Penyusunan Fornas. Obat yang masuk dalam daftar obat Fornas adalah obat yang paling berkhasiat, aman, dan dengan harga terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan untuk penulisan resep dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Selain itu, Fornas adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Oleh karena itu, perlu disusun suatu daftar obat yang digunakan sebagai acuan nasional penggunaan obat dalam pelayanan kesehatan SJSN untuk menjamin aksesibilitas keterjangkauan dan penggunaan obat secara nasional dalam Fornas.¹²

Kriteria pemilihan obat yaitu memiliki khasiat dan keamanan terbaik berdasarkan bukti ilmiah mutakhir dan valid, memiliki rasio manfaat-risiko yang paling menguntungkan, memiliki izin edar dan indikasi yang disetujui oleh Badan POM, memiliki rasio manfaat-biaya yang tertinggi namun dalam kriteria ini tidak termasuk obat tradisional dan suplemen makanan. Saat ini Fornas terdiri dari 29 kelas terapi, 90 sub kelas terapi dan 519 zat aktif dalam 923 bentuk sediaan. Bentuk sediaan tersebut terdiri dari 468 item obat/zat aktif (dalam 838 kekuatan/bentuk sediaan) yang sudah ada di dalam DOEN 2013, DPHO 2013 dan Formularium Jamkesmas 2013, 51 obat/zat aktif (dalam 55 kekuatan/bentuk sediaan) di luar DOEN 2013, DPHO 2013 dan Formularium Jamkesmas 2013, dan 30 kekuatan dan bentuk sediaan baru (dari 30 item obat/zat aktif yang sudah ada di dalam DOEN 2013, DPHO 2013 dan Formularium Jamkesmas 2013). Struktur harga obat lokal terdiri dari biaya bahan baku, bahan baku penolong, bahan kemasan, biaya

¹² Departemen Kesehatan RI, "Formularium Nasional Kendalikan Mutu dan Biaya Pengobatan", 18 Juni 2013, <http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=2327>, diakses 5 Mei 2014.

produksi, biaya modal, biaya umum, biaya distribusi, dan keuntungan. Sedangkan struktur harga obat impor terdiri dari harga obat, *handling charge*, transpor ke Jakarta beserta asuransi, asuransi lokal, biaya impor, PPN beserta PPh, laba usaha, dan biaya distribusi.

Surat Edaran Nomor KF/Menkes/167/III/2014 tentang Pengadaan Obat Berdasarkan katalog elektronik (*E-catalogue*), penyelenggaraan obat harus dilaksanakan berdasarkan prinsip penyelenggaraan pemerintah yang baik dan bersih, prinsip keadilan, transparansi, profesional, dan akuntabel untuk mendapatkan produk yang berkualitas dengan harga yang wajar baik untuk program Jaminan Kesehatan Nasional maupun program kesehatan lainnya. Untuk mempermudah pengadaan obat, Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) telah menetapkan Katalog Elektronik (*E-Catalogue*) Obat yang berisi daftar harga, spesifikasi dan penyedia obat. Surat Edaran ini dimaksudkan untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan obat yang aman, bermutu, dan berkhasiat untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, perlu dilaksanakan pengadaan obat secara transparan, efektif, efisien serta hasilnya dapat dipertanggungjawabkan. Surat Edaran tersebut berlaku untuk seluruh satuan kerja di bidang kesehatan baik pusat maupun daerah dan fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam pengadaan obat, baik untuk program Jaminan Kesehatan Nasional maupun program kesehatan lainnya agar pengadaan obat dilaksanakan berdasarkan *E-catalogue* obat dengan menggunakan metode pembelian secara elektronik (*e-purchasing*) sebagaimana tercantum dalam *E-Catalogue* Obat yang ditetapkan oleh Kepala LKPP atau pembelian secara manual. Dalam hal obat yang dibutuhkan tidak terdapat dalam *E-catalogue* obat, proses pengadaan mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 70 Tahun 2012 atau pengadaan secara manual.

Peraturan Kepala Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah Nomor 17 Tahun 2012 tentang *E-Purchasing*, katalog elektronik atau *E-catalogue* adalah sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis dan harga barang tertentu dari berbagai penyedia barang/jasa pemerintah. *E-purchasing* adalah aplikasi perangkat lunak sistem pengadaan secara elektronik

berbasis *web* yang terpasang di *server* LPSE yang dapat diakses melalui *website* LPSE. Pada Pasal 3 disebutkan bahwa barang/jasa yang dicantumkan dalam *E-catalogue* ditetapkan oleh Kepala LKPP. Dalam rangka pengelolaan sistem *E-catalogue*, LKPP melaksanakan kontrak payung dengan penyedia barang/jasa untuk barang/jasa tertentu. Pemilihan penyedia barang/jasa dalam rangka kontrak payung dapat dilaksanakan dengan proses lelang atau nonlelang.

Sistem *E-Catalogue* Obat Generik adalah sistem informasi elektronik yang memuat informasi seputar daftar nama obat, jenis, spesifikasi teknis, harga satuan terkecil, dan pabrik penyedia. Harga yang tercantum dalam *E-catalogue* adalah harga satuan terkecil, dimana sudah termasuk pajak dan biaya distribusi. Pengadaan obat generik yang sudah termuat dalam *E-catalogue* dilaksanakan melalui mekanisme *e-purchasing*, serta bersifat penunjukkan langsung oleh satuan kerja. Melalui *E-catalogue* Obat Generik ini, diharapkan agar proses pengadaan obat generik di sektor pemerintah dapat lebih transparan, akuntabel, efektif dan efisien. Dengan adanya sistem *E-catalogue* Obat Generik, selain dapat meminimalisasi penyimpangan, juga dapat memudahkan pihak pemerintah untuk lebih leluasa dalam memilih produk obat generik yang dibutuhkan.

Selanjutnya, bagi Dinas atau Rumah Sakit yang ingin melaksanakan pengadaan obat generik juga tinggal memilih saja, karena harga dan spesifikasinya sudah jelas.¹³ *E-catalogue* memuat daftar obat generik dan obat dengan nama dagang. Terdapat 73 industri farmasi yang telah berpartisipasi. *E-catalogue* digunakan oleh Satker Dinas Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik dan apotek. Harga jual obat dalam *E-catalogue* adalah harga satuan terkecil sudah termasuk pajak dan biaya distribusi (*franco kabupaten/kota*). Proses pembelian adalah dengan *e-purchasing* sebagaimana penerapan tahun 2013 secara elektronik ke industri farmasi. Secara manual: fasilitas pelayanan kesehatan dapat langsung ke distributor. Waktu pengiriman obat sesuai kesepakatan atau kontrak. Pengiriman obat ke Satker Dinkes dan fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik dan apotek.¹⁴

¹³ "Menkes Luncurkan *E-catalogue* untuk Obat Generik", <http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=2255>, diakses 5 Mei 2014.

¹⁴ M. L. Sitanggang, "Implementasi *E-catalogue* Obat Tahun 2014", Presentasi Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alkes pada Pertemuan dengan Industri Farmasi, Jakarta, 22 April 2014.

BAB III

GAMBARAN PENGADAAN OBAT DI KOTA BANDA ACEH

Sosialisasi penggunaan *E-catalogue* dan *e-purchasing* sudah mulai dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan lanjutan di 23 kabupaten/kota di Provinsi Aceh pada tahun 2013. Pengadaan obat melalui *E-catalogue* sudah dilakukan di setiap Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh sejak tahun 2013. Sedangkan penerapan *E-catalogue* di rumah sakit baik milik pemerintah, TNI, POLRI dan swasta baru akan dilakukan pada tahun 2014.

Dalam perencanaan obat, Dinas Kesehatan Provinsi Aceh mempertimbangkan sepuluh besar penyakit yang sering terjadi di Provinsi Aceh, DOEN dan stok ketersediaan obat. Setelah perencanaan dilakukan advokasi dengan Sekretaris Daerah dan DPRD untuk mendapat dukungan pentingnya ketersediaan obat dan mendapat dukungan anggaran pengadaan obat. Pengadaan obat oleh perusahaan farmasi BUMN yang ada di Aceh. Selanjutnya dilakukan penyimpanan di Dinas Kesehatan Provinsi Aceh untuk didistribusikan ke puskesmas-puskesmas. Upaya pengawasan dilakukan oleh Unit Layanan Pengadaan yang pada tahun 2014 dipusatkan di Kantor Gubernur. Dari hasil pengawasan triwulan didapat temuan bahwa terdapat 23 kabupaten/kota yang tidak rasional dalam menggunakan obat. Misalnya pada penggunaan antibiotik pada kasus diare non-spesifik, penggunaan antibiotik pada kasus ispa non-pneumoni yang seharusnya tidak perlu diberikan antibiotik dan penggunaan injeksi pada kasus mialgia. Penyebab ketidakrasionalan ini, salah satunya karena faktor sumber daya manusia karena tidak semua puskesmas memiliki tenaga kefarmasian.

Dalam pelaksanaan program JKN, terdapat dua mekanisme pembayaran dari BPJS Kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan yaitu sistem kapitasi untuk fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti puskesmas dan klinik swasta; dan sistem paket pelayanan

INA-CBG untuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut seperti rumah sakit. Untuk sistem kapitasi, sampai bulan Mei 2014 belum dilaksanakan di puskesmas-puskesmas di Provinsi Aceh. Walaupun dana kapitasi sudah tersedia di masing-masing Dinas Kesehatan Kota, namun peraturan pelaksanaannya belum ada seperti peraturan presiden, peraturan menteri dalam negeri dan peraturan menteri kesehatan. Dalam menyikapi masa transisi ini, puskesmas di wilayah Kota Banda Aceh masih melakukan pengadaan obat seperti sebelumnya dengan alokasi anggaran obat dari Dana Alokasi Khusus. Hingga penelitian dilakukan, belum ada masalah kekurangan obat dalam menyikapi masa transisi tersebut sehingga belum terpengaruh pada pelayanan obat ke masyarakat. Puskesmas yang ada di wilayah Kota Banda Aceh sebanyak 11 puskesmas dengan jangkauan wilayah 90 desa.

Sistem pengadaan obat di puskesmas juga belum berpedoman pada *E-catalogue* dan belum dilaksanakan dengan sistem *e-purchasing* dikarenakan sistem *e-purchasing* yang belum sempurna. Hingga penelitian dilakukan, daftar *E-catalogue* memuat sekitar 900 item obat. Namun baru separuh yang dapat dibeli oleh puskesmas padahal pembelian obat dengan sistem *E-catalogue* mengharuskan pembelian berdasarkan sistem paket. Selain itu, masalah gangguan listrik dan jaringan internet juga menjadi kendala dalam menerapkan sistem pengadaan obat dengan sistem *E-catalogue* dan *e-purchasing*. Untuk menyikapi masalah tersebut, dilakukan pengadaan obat dengan sistem sebelumnya yaitu sistem tender. Di antara kendala dalam penerapan sistem *E-catalogue* dan *e-purchasing* terdapat kelebihan yang dirasakan oleh pemerintah kota yaitu harga obat dalam *E-catalogue* cenderung lebih murah dan berlaku sama untuk setiap daerah.

Sedangkan pengadaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan lanjut yaitu rumah sakit milik pemerintah yang bernama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin (RSUDZA), juga belum menggunakan *E-catalogue* dan *e-purchasing*. Sebelum pelaksanaan JKN, RSUDZA menggunakan obat yang ada pada DPHO milik PT Askes (Persero). Tujuh puluh persen pelayanan obat dilakukan oleh beberapa mitra PT Askes (Persero) seperti Apotek Kimia Farma dan apotek lain yang bekerja sama dengan PT Askes (Persero). Kekurangan persediaan disediakan sendiri oleh RSUDZA dari

apotek-apotek di sekitar rumah sakit. Untuk pasien rawat jalan peserta Jamkesmas, pelayanan obat dilakukan di RSUDZA. Sekitar 90 persen obat berasal dari Apotek Kimia Farma sebagai apotek milik pemerintah. Sedangkan untuk peserta JKA, pengambilan obat di apotek luar rumah sakit yang bekerja sama dengan PT Askes (Persero) seperti Apotek Kimia Farma dan beberapa apotek swasta. Sedangkan sekitar satu persen, pengadaan obat oleh RSUDZA. Sehingga peruntukan obat terpisah untuk masing-masing jaminan kesehatan. Dengan sistem ini, RSUDZA tidak terbebani karena obat diklaim terpisah dari jasa dokter dan biaya tindakan. Apotek mitra PT Askes (Persero) memverifikasi dan langsung mengajukan klaim ke PT Askes (Persero). Dalam proses klaim ini, RSUDZA tidak terlibat.

Di era JKN, peruntukan obat untuk semua pasien tidak terpisah berdasarkan jenis jaminan kesehatannya namun sudah terintegrasi dalam sistem JKN. Walau demikian, *E-catalogue* dan *e-purchasing* belum diterapkan di RSUDZA dikarenakan belum adanya peraturan pelaksanaanya misalnya peraturan mengenai sistem pengadaan obat *E-catalogue*, belum ada ketentuan harga dalam *E-catalogue* dan beberapa obat yang tertera dalam *E-catalogue* tidak tersedia di distributor daerah. Mengingat kebijakan *E-catalogue* dibuat di pusat, dikhawatirkan beberapa jenis obat tidak tersedia di distributor lokal. Selain itu, dengan sistem pembayaran *e-purchasing*, memungkinkan pengadaan obat akan memakan waktu lama.

Selama menunggu kesiapan konsep *E-catalogue*, pihak RSUDZA membuat kebijakan pengadaan obat yang berpedoman pada formularium rumah sakit. Formularium rumah sakit mengacu pada daftar obat-obatan yang dahulu dilayani Jamkesmas, DPHO untuk penentuan harga, Fornas, dan kebutuhan yang sifatnya lokal dan spesifik. Namun dalam pelaksanaannya muncul kendala seperti distributor-distributor yang sebelum JKN menjadi mitra PT Askes (Persero), pada saat JKN tidak dapat memasok obat ke RSUDZA sesuai dengan harga DPHO. Hal ini dikarenakan tidak adanya surat kerja sama dari PT Askes (Persero) yang memungkinkan distributor memberikan harga khusus di bawah harga pasar.

Dalam pelaksanaan JKN, BPJS Kesehatan Daerah memberikan surat kepada distributor untuk mengajukan harga obat di bawah harga pasar. Distributor obat RSUDZA berjumlah 15. Apotek Kimia Farma berperan sebagai apotek pelengkap untuk obat yang tidak

tersedia di depo farmasi rumah sakit. Dalam praktiknya hanya sekitar 10 persen resep yang dikirimkan ke apotek tersebut. Pengadaan obat dilakukan dengan sistem kontrak tahunan. Hal yang tertera di kontrak kerja sama antara RSUDZA dengan distributor obat adalah mengenai jenis dan harga satuan obat. Untuk jumlah obat tidak dikontrak di awal melainkan dapat berubah sesuai dengan kebutuhan. Dengan sistem kontrak tahunan, RSUDZA tidak membayar obat yang dipesan di awal pemesanan melainkan setelah pemakaian. Dalam jangka waktu dua sampai tiga bulan setelah pemesanan, distributor akan menagih pembayaran.

Dikarenakan klaim INA-CBG membutuhkan waktu yang tidak sebentar sedangkan pelayanan harus tetap berjalan, akhirnya RSUDZA berhutang dalam pembayaran obat. Dengan kondisi terhutang ini, ada beberapa obat yang terhenti pasokannya. Bagian farmasi mengatasinya dengan mengganti obat yang dihentikan tersebut dengan obat yang sama namun berbeda mereknya. Mengenai stok obat RSUDZA belum ada masalah. Sudah ada kesepakatan dengan Apotek Kimia Farma untuk siap mem-back-up kekosongan obat di RSUDZA. Sedangkan untuk stok obat program dari Kemenkes seperti obat HIV/AIDS, setiap bulan RSUDZA membuat perencanaan kebutuhan obat tersebut dan dikirim ke pusat.

Pembayaran berdasarkan paket INA-CBG memiliki dampak pada pengadaan obat. Dalam paket tersebut termasuk semua biaya pengobatan untuk sekali kunjungan sehingga menjadi kendala pihak rumah sakit untuk bagi-bagiannya ke dalam beberapa komponen biaya termasuk biaya obat. Untuk biaya obat sendiri dapat menghabiskan 50 persen dari total paket INA-CBG. Agar RSUDZA tidak merugi, biaya obat perlu dikendalikan. Rata-rata biaya pembiayaan obat per bulan dari awal Januari 2014 sekitar tujuh miliar dari total klaim INA-CBG Rp27 miliar. Pembayaran obat ini tidak sepenuhnya dari klaim JKN tetapi sebagian disubsidi Anggaran Pendapatan dan Belanja Aceh (APBA).

Selain pengadaan obat di pustekmas dan di rumah sakit pemerintah, masa transisi JKN juga berdampak pada pengadaan obat di RS Bhayangkara. Sebelum pelaksanaan JKN, ketersediaan obat di RS Bhayangkara dijamin oleh Markas Besar Polri. Obat selalu tersedia dalam jumlah cukup bahkan berlebih. Dalam era JKN, belum diterapkan dengan sistem *e-purchasing* dengan pedoman

E-catalogue. Kebutuhan obat dipenuhi melalui kerja sama dengan Apotek Maqaila. Apotek milik swasta tersebut dipilih dengan alasan dapat menyediakan obat sesuai permintaan rumah sakit dengan harga yang lebih murah dan lokasi yang dekat dengan rumah sakit. Obat yang dibeli berdasarkan rekomendasi dokter dengan pedoman Fornas dan obat paten. Obat paten masih digunakan guna memfasilitasi pihak pejabat yang menggunakan jasa rumah sakit tersebut. Pengadaan obat dalam masa transisi tersebut, belum mengalami kendala yang berarti. Obat tersedia dalam jumlah cukup. Namun yang dirasakan menjadi kendala adalah sosialisasi JKN kepada karyawan maupun anggota polisi sendiri masih sulit. Anggota polisi sudah nyaman dengan penggunaan obat paten yang biasa didapat dari rumah sakit. Selain itu, penolakan yang dirasakan adalah masyarakat sekitar dan anggota polisi sudah nyaman dengan sistem pengobatan di rumah sakit yang tidak perlu rujukan. Pola rujukan akan terhambat ketika anggota polisi sedang bertugas di perbatasan provinsi mengingat akan lebih mudah jika melakukan pengobatan di provinsi lain.

dari pusat seperti obat-obatan di PBB, APBD, dan program pengadaan obat yang dilakukan oleh instansi pemerintah daerah dan instansi pusat di Jayapura yang dilaksanakan pada masa transisi JKN ke Kesehatan Masyarakat (KSM) di Jayapura.

BAB IV GAMBARAN PENGADAAN OBAT PADA MASA JKN DI KOTA JAYAPURA

Setelah diberlakukannya Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua, Instalasi Farmasi bergabung dengan Dinas Kesehatan Kota Jayapura. Peraturan Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa pengelolaan obat, termasuk alat kesehatan, dilaksanakan satu pintu di Instalasi Farmasi. Karena fisik gudang yang tidak mencukupi jika juga mengelola alat kesehatan, maka hingga saat ini Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Kota Jayapura hanya mengelola penyimpanan obat, termasuk obat-obat untuk program yang disediakan oleh pusat. Instalasi Farmasi mengelola obat rutin yang telah dianggarkan dalam APBN dan obat-obat program yang disediakan oleh Pusat. Perencanaan pengadaan obat untuk tahun berikutnya dimulai pada bulan September. Mekanisme amprahan dilakukan secara rutin per bulan untuk obat yang disediakan oleh APBD sesuai kebutuhan masing-masing puskesmas, sedangkan untuk obat program, amprahan disampaikan setiap dibutuhkan berdasarkan kasus penyakit. Dalam melaksanakan program JKN, Instalasi Farmasi Kota Jayapura sudah melakukan pengadaan obat dengan berpedoman pada *E-catalogue*. Namun dalam pendistribusian obat ke puskesmas terdapat kendala seperti cuaca, tempat yang jauh sehingga diperlukan biaya distribusi.

Sistem kapitasi dirasa puskesmas kurang untuk menutupi biaya obat apalagi kasus penyakit diawali dengan penanganan puskesmas dalam rangka pelaksanaan sistem rujukan. Pengadaan obat di puskesmas belum berpedoman pada *E-catalogue* dan belum dilakukan secara *e-purchasing*. Hal ini dikarenakan peraturan pelaksananya belum ada dan SDM puskesmas belum memahami secara penuh mengenai pembelian dengan *E-catalogue* dan *e-purchasing*. Dalam menghadapi masa transisi JKN, masih digunakan sistem pengadaan obat sebelum JKN. Stok obat masih tersedia dalam

Analisis Pengadaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

jumlah cukup untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.

Pengadaan obat pada pelaksanaan JKN di rumah sakit milik pemerintah yaitu RSUD Abepura adalah berdasarkan Fornas namun belum menggunakan *E-catalogue* dan *e-purchasing* dikarenakan obat yang tertera dalam *E-catalogue* tidak tersedia di distributor lokal di Jayapura. Sebelum JKN, pengadaan obat adalah sesuai peraturan Gubernur dan Walikota dimana pemerintah mengalokasikan anggaran obat untuk Jaminan Kesehatan Papua. Sedangkan pengadaan obat di rumah sakit tentara yaitu RS Marthen Indey pada masa transisi JKN, juga belum menggunakan sistem *E-catalogue* dan *e-purchasing* dikarenakan distributor obat yang ada di Kota Jayapura belum mampu menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan oleh rumah sakit dan harga pada *E-catalogue* belum mempertimbangkan biaya distribusi obat mengingat ~~Wilayah Papua merupakan wilayah pedesaan tinggi~~.

dari pusat seperti obat TB DOT, ARV, dan malaria pengadaannya tetap berjalan. Obat malaria yang tersedia di Papua digunakan oleh tentara di Papua maupun tentara dari luar Papua yang akan bertugas di Papua sehingga terkadang dikhawatirkan terjadi kekurangan obat malaria di RSMI.

Setelah dilakukan pengadaan obat, tahap selanjutnya adalah penyimpanan obat. Penyimpanan obat dilakukan dengan tujuan mempertahankan mutu obat dari kerusakan akibat penyimpanan yang tidak baik, mempermudah pencarian obat di gudang, mencegah kehilangan obat, mempermudah stok opname dan pengawasan dan mencegah bahaya akibat penyimpanan yang salah. Tahap selanjutnya adalah distribusi obat. Pendistribusian obat berdasarkan *individual prescription*, *total floor stock*, kombinasi 1 dan 2 dan *unit dose*. Di RSMI terdapat dua apotek yaitu apotek yang melayani peserta JKN yang berasal dari TNI dan keluarganya dan apotek yang melayani peserta JKN di luar TNI dan keluarganya. Perbedaannya terletak hanya pada pasien yang dilayani saja sedangkan untuk obat yang diberikan tidak ada perbedaan dan gratis.

Tahap selanjutnya adalah pengawasan obat. Pengawasan secara umum dilakukan oleh kepala dan staf pengawas internal rumah sakit, pencatatan dan pelaporan dilakukan secara rutin oleh instalasi farmasi rumah sakit dan evaluasi dilakukan oleh kepala rumah sakit dan ketua komite medik melalui panitia farmasi dan terapi rumah sakit.

BAB V

PENUTUP

Dari penjelasan manajemen pengadaan obat di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjutan milik pemerintah di Kota Banda Aceh dan Kota Jayapura tahun 2014, dapat disimpulkan bahwa sistem *E-catalogue* dan *e-purchasing* belum diterapkan di semua fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Banda Aceh dan Kota Jayapura di tahun 2014. Beberapa dikarenakan belum ada peraturan pelaksana baik dari Kementerian Kesehatan maupun dari Kementerian Dalam Negeri, belum semua obat terdapat dalam *E-catalogue*, belum tersedianya obat yang tertera dalam *E-catalogue* di distributor obat lokal, SDM yang belum terlatih untuk menggunakan sistem yang baru, dan masih adanya kenyamanan dengan sistem dan penggunaan obat sebelum pelaksanaan JKN. Fasilitas pelayanan kesehatan masih melakukan pengadaan obat dengan sistem sebelum JKN yaitu sistem tender namun jenis obat sesuai dengan yang ada pada Fornas. Khusus untuk rumah sakit, juga berpedoman pada formularium rumah sakit.

Dalam implementasi sistem pengadaan obat yang baru yaitu sistem *E-catalogue* dan *e-purchasing* dalam rangka mendukung pelaksanaan JKN yang dimulai tahun 2014, perlu didukung dengan peraturan pelaksana yang lebih jelas dan terinci sehingga pemerintah daerah dapat segera melaksanakan sesuai dengan peraturan tersebut. Selain itu, keterjangkauan obat di semua fasilitas pelayanan kesehatan harus mempertimbangkan jarak fasilitas pelayanan kesehatan, biaya obat yang tidak sama untuk semua wilayah di Indonesia dan ketersediaan obat di distributor lokal.

DAFTAR PUSTAKA

- Carrin, G., et al. 2005. *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System*. Jenewa: WHO.
- Herman, M. J. dan Handayani, R. S. 2009. "Eksistensi Unit Pengelola Obat di Beberapa Kabupaten/Kota Suatu Analisis Paska Desentralisasi", *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 12 No. 04 Desember 2009, hlm. 209–217.
- Kemenkes. 2013. *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kutzin, J. 2012. "Anything Goes on the Path to Universal Health Coverage? No", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 90, 2012, hlm. 867–868.
- Staf Pengajar Kedokteran Farmakologi. 2004. *Kumpulan Kuliah Farmakologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sunarsih, I. M. 2002. "Desentralisasi Sektor Obat", *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 05, No. 02, 2002, hlm. 67–71.
- Syamsuni. 2005. *Farmasetika Dasar dan Hitungan Farmasi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Tjay, T. H. dan Rahardja, K. 2007. *Obat-Obat Penting: Kasiat, Penggunaan dan Efek-Efek Sampingnya*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Makalah

- Sitanggang, M. L. "Implementasi E-catalogue Obat Tahun 2014", Presentasi Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alkes pada Pertemuan dengan Industri Farmasi, Jakarta, 22 April 2014.

Peraturan

- UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
- UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Keputusan Menteri Kesehatan No. 312/Menkes/SK/IX/2013 tentang Daftar Obat Esensial Nasional 2013.

Website

Departemen Kesehatan RI, "Formularium Nasional Kendalikan Mutu dan Biaya Pengobatan", 18 Juni 2013, <http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=2327>, diakses 5 Mei 2014.

"Menkes Luncurkan *E-catalogue* untuk Obat Generik", <http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=2255>, diakses 5 Mei 2014.

BAB V PENGAKUAN

"Dan pernah berpikir mengenai pengembangan dan pengelolaan kesehatan bagi masyarakat di desa dan kelurahan dengan membangun jaringan kerja sama antara pemerintah daerah dan Klinik Desa untuk mendukung kesehatan masyarakat di desa dan kelurahan sebagai bagian dari kesehatan masyarakat di seluruh Indonesia. Saya berharap dicakupnya dalam pembangunan kesehatan di seluruh Indonesia."

BAGIAN III

TRANSFORMASI JAMINAN KESEHATAN dalam Masa Depan UNTUK MASYARAKAT

“Berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh BKKBN pada tahun 2008, sekitar 40% responden masih belum tahu tentang jaminan kesehatan di desa dan kelurahan. Namun hasil survei yang dilakukan oleh BKKBN pada tahun 2009 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang ditemui tahu tentang jaminan kesehatan di desa dan kelurahan. Pada survei yang dilakukan oleh BKKBN pada tahun 2009, sekitar 70% responden yang ditemui tahu tentang jaminan kesehatan di desa dan kelurahan. Dengan demikian, kita harus mencari solusi agar keberadaan jaminan kesehatan di desa dan kelurahan dapat dikenal oleh masyarakat.”

Dalam implementasi sistem jaminan kesehatan berbasis sistem kewajiban dan wajibkan dalam model manajemen pelaksanaan PKH yang dituliskan pada ayat ketiga diatas dengan pertimbangan pelaku dan yang lainnya dalam hal ini sebaiknya penerbitan dapat dilakukan dengan sistem operasionalisasi tertentu dengan pertimbangan selanjutnya, ketentuan dalam sistem operasionalisasi selanjutnya dalam hal ini sebaiknya penerbitan jaminan kesehatan harus memperhatikan dua pihak terutama penyedia jaminan kesehatan, yaitu apotek dan rumah sakit di setiap wilayah di Indonesia dan kelarangannya untuk diambilnya.

PEMBELAJARAN DARI PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DI ACEH

oleh: Yulia Indahri*

BAB I PENDAHULUAN

Pembangunan bidang kesehatan meliputi seluruh siklus atau tahapan kehidupan manusia. Bila pembangunan kesehatan berjalan baik, maka secara langsung maupun tidak langsung akan meningkatkan kesejahteraan rakyat. Sehat memang bukan segalanya, akan tetapi tanpa badan dan jiwa yang sehat segalanya tidak berarti. Bangsa dengan penduduk yang berpenyakit, tidak akan dapat menjadi bangsa yang maju dan produktif. Oleh karena itu, bangsa yang sehat dan kuat fisiknya merupakan fondasi dasar agar bangsa tersebut dapat berproduksi tinggi; pada saat bersaing dengan bangsa-bangsa lain. Kesejahteraan penduduk juga dipengaruhi oleh tingkat kesehatan masyarakatnya. Untuk itulah, negara harus menjamin agar semua penduduk dapat hidup sehat dan produktif.¹

Dunia internasional telah lama mengakui bahwa kesehatan adalah hak asasi fundamental setiap manusia melalui deklarasi universal hak asasi manusia tahun 1948. Pasal 25 *Universal Declaration of Human Rights* menyatakan bahwa:

Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to

¹ Peneliti bidang Studi Masyarakat dan Sosiologi Perkotaan di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI, e-mail: yindahri@gmail.com.

¹ Kemko Kesra, *Reformasi Sistem Jaminan Sosial di Indonesia* (Jakarta: Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia, 2006), hlm. 19.

security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

Indonesia baru mengatur tentang hak terhadap pelayanan kesehatan dalam Amandemen Kedua Tahun 2000 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) yaitu Pasal 28H ayat (1), yang berbunyi "... Setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan.". Hak dasar tersebut kemudian dijabarkan lebih lanjut dalam UUD 1945 Amandemen Keempat Tahun 2002 dalam Pasal 34 ayat (2) dan (3) yang berbunyi:

- (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat.
- (3) Negara bertanggung-jawab atas penyediaan pelayanan kesehatan dan pelayanan umum yang layak.

Dengan amandemen tersebut, Pemerintah dan DPR RI telah berupaya dengan secepatnya untuk mewujudkan amanat UUD 1945, yang merupakan perwujudan dari kehendak seluruh rakyat dan merupakan fondasi utama untuk menghasilkan rakyat yang sehat dan produktif. Upaya Pemerintah dan DPR RI telah dirumuskan dalam bentuk UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN).

Jaminan kesehatan menjadi keharusan yang tidak dapat dihindari oleh negara karena pelayanan kesehatan bagi penduduk yang sakit mempunyai empat karakteristik dasar yang unik.² Karakteristik tersebut adalah:

- 1) Sakit adalah suatu bencana/musibah
Kejadian sakit dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan, karena kecelakaan, terinfeksi, atau kejadian lain tidak pernah dapat direncanakan (*uncertain*). Tidak ada seorang pun yang dapat memastikan kapan seseorang akan jatuh sakit dan membutuhkan pelayan kesehatan, yang kadang-kadang menjadikan sebuah keluarga jatuh miskin. Kita tidak pernah tahu berapa biaya berobat akan kita habiskan, sampai pengobatan itu selesai.
- 2) Orang sakit memerlukan pelindungan
Orang sakit, apapun penyebabnya, tidak faham apa yang dibutuhkan maupun berapa biaya yang dibutuhkan. Pasien juga tidak tahu harga yang seharusnya dia bayar atau bahkan

² *Ibid.*, hlm. 50.

seberapa perlu pelayanan kesehatan yang dianjurkan oleh pemberi pelayanan kesehatan bagi dirinya. Dengan demikian, diperlukan pihak ketiga yang mewakili pasien dalam membeli pelayanan kesehatan. Badan asuransi menjadi sangat membantu dengan tidak saja dalam mendanai pelayanan tetapi juga dalam menilai tingkat kebutuhan akan pelayanan kesehatan.

- 3) Tidak adil jika harus membayar sendiri
Setiap individu berpotensi untuk tertular penyakit dan sangat sulit untuk mengetahui dari mana atau dari siapa penularan tersebut berasal. Seseorang yang tertular penyakit tidak dapat menuntut secara hukum karena tidak ada bukti yang sah yang dapat dijadikan alat pembuktian. Namun, tidak adil apabila membiarkan individu yang tertular penyakit untuk menanggung beban pengobatan sendiri. Dengan demikian, sistem jaminan kesehatan sosial yang berlandaskan atas gotong-royong dalam pembiayaan kesehatan sangat diperlukan untuk menegakkan keadilan.
- 4) Sesuai dengan ajaran agama
Sesungguhnya gotong-royong atau tolong-menolong sesama manusia yang terkena musibah merupakan perintah agama. Agama apapun, selalu menganjurkan membantu orang sakit dan orang terkena musibah, agar orang tersebut dapat kembali sehat dan produktif. Dana umat diperuntukkan bagi banyak hal tidak hanya untuk kesehatan dan sering kali tidak memadai sehingga diperlukan suatu sistem dan mekanisme yang lebih tertata untuk mengelola pembiayaan kesehatan. Untuk mengoptimalkan pemanfaatan dana umat, terbuka peluang bagi umat untuk mengamalkan dananya bagi peningkatan kesehatan umat melalui pembayaran iuran jaminan kesehatan masyarakat bagi masyarakat tidak mampu. Dengan demikian seluruh komponen masyarakat, tanpa memandang tingkatan ekonomi akan bersatu dan bergotong-royong membiayai pelayanan kesehatan dan membangun sektor kesehatan.
- 5) Sesuai dengan budaya bangsa
Masyarakat Indonesia umumnya telah memiliki akar budaya yang cukup kuat untuk saling menolong sesama warga yang tidak mampu. Sebagai contoh, anak yatim biasanya akan langsung dipelihara oleh para kerabat dekat atau bahkan

dan Solusiya, Jakarta, 20 Maret 2014.
Workshop Implementasi UU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Kendala
K. Muchtar, Penyelenggaraan Jaminan Sosial di Indonesia", Presentasi pada

Dalam hal ini, masyarakat mempunyai hak dan kewajiban. Di dalam KN ini, seorang pemimpin kerja wajib mendefarakan pemerintahannya, dan ketika tidak mendefarakan akan mendapatkan sanksi. Sedangkan

3) untuk rakyat miskin akan disubsidi oleh pemerintah dengan istilah PBI (Penerima Bantuan Iuran).

2) untuk pekerja nonnormal, mereka diwajibkan membayar premi; dan

tidak mampu. Mekanisme pembiayaan ini akan ada tiga macam:

guna menyuudkan kesekatan rakyat Indonesia. Masyarakat yang
mampu diwajibkan membayar iuran untuk membangun orang yang

mereka yang memiliki penghasilan. Semenara itu, pemerintah akan membayararkan iuran bagi mereka yang tidak mampu (fakir miskin). Demikian berlalan melalui sistem gotong-royong.

medis yang tak terkait denganan besaran iruran yang dibayarkan. Besar iruran ditetapkan sebagai persentase tertentu dari upah, bagi

Program JKN berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas, yaitu kesamaan dalam memperoleh perlindungan sesuai kebutuhan

komprehensif, mencaukp peningkatan kesehatan, penegakan dan pemulihian, termasuk obat dan bahan penyakti, pengobatan dan peningkatan kesehatan, penegakan teknik larangan teknologi mithi dan bila (managed medis dengan teknik larangan teknologi mithi dan bila) (managed

Jamminan kesehatan bagi setiap rakyat Indonesia. Jamminan ini dibentuk berdasarkan kesetaraan dan kesempatan yang bersamaan dengan hak-hak lainnya.

Baddan Freygelembagaia Samimah Sosial (UUP) BPS) ditetapkan bantuan
operasional BPS Kesekatan dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014.
BPS Kesekatan mengelela IKN Vanang akan membikin kependidikan
BPS Kesekatan mendidik anggota BPS Kesekatan di seluruh Indonesia.

mau jira ora diing tua mereka ditulipakn ke pantai jompo.

dilanjukat anak oleh pasangan atau keluaraga yang mampu dan tidak mempunyai anak kandung. Semenara orang tua biasanya langsung menjadikan anggung jawab dan jaminan anak-anaknya. Sampai saat ini mayoritas penduduk Indonesia masih merasa

hak masyarakat ialah mendapatkan kartu untuk bisa mengakses pelayanan dan menerima informasi tentang prosedurnya, tentang apa yang dijamin, dan juga tentang hak untuk mengeluh.

Selain itu, program JKN juga ditujukan dalam rangka memberikan manfaat pelayanan kesehatan yang cukup komprehensif, mulai dari pelayanan preventif seperti imunisasi dan keluarga berencana hingga pelayanan penyakit katastropik seperti penyakit jantung dan gagal ginjal. Baik institusi pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta nantinya dapat memberikan pelayanan untuk program tersebut selama mereka menandatangani sebuah kontrak kerja sama dengan pemerintah.

BAB II

JAMINAN KESEHATAN

A. Pengertian Jaminan Kesehatan

Jaminan kesehatan dalam bahasa Indonesia mempunyai beberapa pengertian karena kata jaminan dapat berasal dari *guarantee* atau *warranty* dan dapat berasal dari terjemahan bahasa Inggris *insurance* atau asuransi. Oleh karena itu, jika kita berbicara tentang jaminan kesehatan, yang bukan *guarantee/warranty*, tetapi jaminan dalam arti seseorang yang sakit dan memperoleh pelayanan kesehatan, meskipun ia tidak memiliki uang atau dalam istilah teknis disebut asuransi atau jaminan oleh pemerintah, maka secara luas dapat digunakan definisi jaminan kesehatan yaitu suatu sistem yang memungkinkan seseorang terbebas dari beban biaya berobat yang relatif mahal yang menyebabkan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar hidup lain (makan, sekolah, bekerja, dan bersosialisasi).⁴

Kata asuransi dan jaminan sering digunakan sebagai suatu sistem jaminan yang sama. Namun, sesungguhnya kata asuransi memiliki arti yang lebih khusus dibandingkan jaminan. Jaminan dapat berarti garansi yang banyak digunakan dalam bisnis barang-barang. Jaminan atau garansi setahun, dua tahun, dan sebagainya. Jelas, jaminan yang berarti garansi bukanlah asuransi.⁵ Sedangkan menurut Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, definisi dari Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa pelindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan pelindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.⁶

⁴ Kemko Kesra, *loc. cit.*, hlm. 49.

⁵ *Ibid.*, hlm. 52.

⁶ Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 1 angka 1.

Ada beberapa ciri dari asuransi/jaminan yang perlu disampaikan untuk lebih memberikan pemahaman.

- 1) Asuransi merupakan suatu cara gotong-royong yang terorganisir.⁷

Penerima manfaat terbatas pada yang mengiur/berkontribusi. Di dalam praktik sistem jaminan sosial, yang membayar iuran disebut peserta dan pemerintah membayarkan iuran atas nama orang miskin. Dengan demikian, peserta jaminan sosial terdiri dari peserta mandiri yang mengiur dan peserta yang dibantu oleh pemerintah. Konsep gotong-royong yang terorganisir dari sebuah sistem asuransi terjadi dengan mekanisme setiap peserta secara teratur, biasanya tiap bulan, mengiur dalam jumlah yang terjangkau, misalnya lima persen pendapatan. Dengan turut mengiur, peserta akan tenang dan tidak perlu khawatir jika sewaktu-waktu jatuh sakit. Itulah sebabnya, dalam bahasa Inggris, jaminan sosial disebut *social security*, karena jika kita sudah mengiur untuk jaminan/asuransi sosial, maka kita terbebas dari rasa khawatir atau kita merasa aman terhadap kejadian sakit yang sewaktu-waktu menimpa kita. Jaminan sosial menjamin rasa aman atas kejadian yang bersifat alamiah, seperti sakit dan menjadi tua.

- 2) Iuran yang terkumpul merupakan dana bersama.⁸

Jumlah iuran/premi yang terkumpul merupakan "Dana Bersama" seluruh peserta asuransi atau disebut *pool*. Dana yang terkumpul tersebut bukan lagi milik perorangan dan digunakan sesuai kontrak atau peraturan. Kontrak mengatur bahwa dana dipergunakan hanya untuk membiayai manfaat asuransi/jaminan. Dalam jaminan kesehatan, atau dana bersama tersebut hanya digunakan untuk membayar biaya pengobatan atau perawatan peserta. Jika seseorang peserta tidak sakit selama bertahun-tahun, maka orang tersebut tidak bisa mengambil kembali dana yang ia iur, karena dana tersebut sudah digunakan oleh mereka yang sakit. Uang yang terkumpul telah digunakan untuk menolong peserta lain yang terkena musibah sakit. Anda telah membantu orang lain, tetapi anda juga merasa aman. Disinilah bedanya iuran/kontribusi asuransi dengan iuran tabungan.

⁷ Kemko Kesra, *loc. cit.*, hlm. 52.

⁸ *Ibid.*, hlm. 54.

Dalam iuran tabungan, dana yang terkumpul tetap milik masing-masing penabung yang nantinya tetap menjadi milik penabung/peserta. Bahkan peserta mendapat nilai tambah hasil investasi.

- 3) Asuransi kesehatan komersial versus asuransi kesehatan sosial.⁹ Di dalam asuransi ada dua kelompok besar yaitu asuransi komersial dan asuransi sosial. Perbedaan mendasar dari kedua kelompok asuransi kesehatan ini adalah kepesertaan, formula penetapan iuran peserta, dan nilai gotong-royong serta pemanfaatan hasil usaha. Dalam asuransi/jaminan sosial jumlah uang tersebut dikenal dengan iuran atau kontribusi yang biasanya tidak terkait dengan perbedaan jaminan, tetapi terkait dengan perbedaan pendapatan atau upah.

Kepesertaan asuransi kesehatan komersial bersifat sukarela dan konsumen dapat memilih perusahaan yang menjual dan memilih paket yang dijual. Paket asuransi, sering diberi berbagai macam nama sesuai dengan jenis pelayanan dan harga paket (misalnya paket standar, paket emas, berlian, dwi guna, multi guna, dan sebagainya).

Dalam asuransi komersial, jumlah uang yang dibayarkan oleh setiap peserta disebut premi dan biasanya ditetapkan oleh perusahaan atau badan yang menjual asuransi dengan nilai rupiah tertentu yang berbeda-beda tergantung paket jaminannya. Harga tersebut sudah termasuk biaya pemasaran, komisi agen yang dapat mencapai 15 persen, keuntungan perusahaan dan biaya pengobatan. Jadi pasti lebih mahal dari asuransi sosial.

Asuransi komersial mempunyai aspek gotong-royong namun sangat terbatas. Penduduk miskin atau tidak miskin tetapi bergaji kecil biasanya tidak sanggup membeli sehingga kegotong-royongan hanya terbatas pada penduduk yang tidak miskin. Gotong-royong antara yang sehat dan yang sakit masih dibatasi antara kelompok pembeli paket jaminan. Yang membeli paket dengan harga murah, biasanya mendapat jaminan pengobatan yang terbatas pula. Jadi kegotong-royongannya atau solidaritas sosialnya sangat terbatas.

Tujuan seseorang atau badan menjual asuransi komersial lebih diutamakan untuk mencari keuntungan bagi dirinya dan

⁹ *Ibid.*

pemegang sahamnya dan bukan sepenuhnya untuk memberikan rasa aman atau menjamin kebutuhan dasar pembeli. Hasil usaha yang didapat dari penjualan asuransi kesehatan komersial diperlakukan sebagai laba perusahaan dan diperuntukkan bagi pemilik perusahaan dan pemegang saham, sementara di dalam asuransi kesehatan sosial hasil usaha dikembalikan kepada peserta dalam bentuk peningkatan manfaat.

Asuransi sosial bersifat wajib yang diatur oleh UU. Peserta tidak memiliki pilihan dan jaminannya bersifat pemenuhan kebutuhan dasar. Program jaminan kesehatan sosial merupakan tugas negara dan di Indonesia tugas ini adalah amanat UUD 1945. Dana yang dikumpulkan adalah milik peserta dan ditujukan untuk kesejahteraan peserta sehingga seluruh sisa usaha termasuk keuntungan usaha dikembalikan untuk peningkatan manfaat jaminan bagi peserta.¹⁰

Di negara-negara yang telah lebih dahulu mengembangkan sistem jaminan kesehatan sosial, mekanisme dan formula redistribusi pendapatan antarkelompok penduduk, antarstatus kesehatan, dan antarwilayah telah disusun sedemikian rupa untuk menjamin terselenggaranya keadilan sosial dan menyatukan seluruh penduduknya ke dalam satu sistem.¹¹

B. Jaminan Kesehatan di Indonesia

Menurut Thabran, jaminan kesehatan di Indonesia merupakan hal yang relatif baru bagi kebanyakan penduduk Indonesia karena istilah jaminan kesehatan belum menjadi percayaan kata umum.¹² Penyelenggaraan jaminan kesehatan semesta dicanangkan pertama kali oleh pemerintah Indonesia pada akhir tahun 2004 sebagai bagian dari kewajiban pemerintah yang diamanatkan oleh konstitusi untuk memberi pelindungan kepada seluruh warga dari permasalahan kesehatan.¹³

Pada saat itu, Pemerintah menyelenggarakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) atau

¹⁰ *Ibid.*, hlm. 55.

¹¹ *Ibid.*, hlm. 56.

¹² H. Thabran, "Sejarah Asuransi Kesehatan", Materi Kuliah UI, hlm. 1.

¹³ IBP Indonesia Core Team, *Jamkesmas dan Program Jaminan Kesehatan Daerah* (Jakarta: Perkumpulan Inisiatif, 2012), hlm. 1.

yang lebih dikenal Askeskin yang diberlakukan dengan SK Menkes RI No. 1241/Menkes/SK/XI/2004. Surat keputusan tersebut diperkuat dengan SK Menkes RI No. 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) Tahun 2005, sehingga PT Askes (Persero) mengemban tugas sebagai pengelola program PJKMM di samping tugas yang telah ada sebagai institusi yang mengelola jaminan pembiayaan kesehatan Pegawai Negeri Sipil (PNS).¹⁴

Berdasarkan pendataan BPS tahun 2004, jumlah masyarakat miskin di Indonesia sebesar 36.146.700 jiwa. Jumlah tersebut menjadi dasar PT Askes dalam menetapkan kuota masyarakat miskin yang dijamin oleh program. Kenyataannya, sebagian besar kabupaten/kota memiliki angka keluarga miskin yang jauh lebih banyak dari yang ditetapkan sesuai data BPS tersebut di atas, sehingga pada awal penerapan SK Menkes No. 1241 Tahun 2004 muncul kebingungan di berbagai daerah. Kebingungan terkait penjaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin yang tidak tercakup dalam kuota PT Askes. Masalah perbedaan jumlah keluarga miskin antara hasil pendataan BPS dengan data yang tersedia di daerah tersebut berkaitan dengan masalah kriteria keluarga miskin, mekanisme pendataan, verifikasi, dan pemutakhiran data.¹⁵

Selanjutnya Pemerintah melalui Departemen Kesehatan mengatur kembali pelaksanaan PJKMM dengan menerbitkan SK Menkes No. 1202/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) di Puskesmas dan jaringannya, Rujukan Rawat Jalan dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit yang dijamin Pemerintah, ditetapkan bahwa pengelolaan dana pelayanan kesehatan rujukan rapat jalan dan rawat inap kelas III RS dilakukan oleh PT Askes (Persero). Ditetapkan pula bahwa pengelolaan dana pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung ke Puskesmas.¹⁶

Setelah dilakukan evaluasi dan dalam rangka efisiensi dan efektivitas, maka pada tahun 2008 dilakukan perubahan dalam sistem penyelenggaraan JPKMM. Perubahan pengelolaan program tersebut

¹⁴ Jaringan Dokumentasi dan Informasi Hukum, *Jaminan Kesehatan Masyarakat* (Jakarta: BPK, 2012), hlm. 1.

¹⁵ *Ibid.*, hlm. 2.

¹⁶ *Ibid.*, hlm. 4.

adalah dengan pemisahan fungsi pengelola dengan fungsi pembayaran, yang didukung dengan penempatan tenaga verifikator di setiap rumah sakit. Nama program tersebut juga berubah menjadi Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dengan jumlah target peserta tetap sebanyak 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sebanyak lebih kurang 76,4 juta jiwa. Pelaksanaan pelayanan kesehatan dan pengelolaan keuangan, termasuk pembayaran klaim dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan. Hal tersebut atas dasar pertimbangan untuk mengendalikan pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas, serta mengingat keterbatasan pendanaan, maka pengelolaan program Jamkesmas tahun 2008 dilakukan langsung oleh Departemen Kesehatan.¹⁷

Sebenarnya cukup banyak penduduk yang berhak mendapatkan jaminan kesehatan, tetapi belum tercakup sebagai penerima manfaat Jamkesmas. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903/Menkes/Per/V/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas, penduduk yang belum tercakup menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah juga telah membuka kesempatan dalam pelaksanaan otonomi bagi tiap daerah untuk memformulasikan skema jaminan sosial tersendiri, termasuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan untuk masyarakat di daerahnya. Kedua peraturan ini menjadi pijakan dasar pemerintah daerah dalam menyelenggarakan berbagai skema jaminan kesehatan di tingkat lokal, sebagai upaya melengkapi Jamksesmas. Oleh karena itu, dalam beberapa tahun berikutnya, banyak skema jaminan kesehatan yang lahir dan diterapkan di beberapa provinsi dan kabupaten/kota di Indonesia.¹⁸

Dasar hukum penyelenggaraan program Jamkesmas adalah:

1. UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
2. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
3. UU No. 45 Tahun 2007 tentang APBN Tahun 2008;
4. UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara; dan
5. UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.

Pelaksanaan kesehatan gratis didukung anggaran Jamkesmas yang terus mengalami peningkatan, seperti terlihat pada Tabel 1.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ IBP Indonesia Core Team, *loc. cit.*

Tabel 1.
Alokasi Anggaran Program Jamkesmas, 2005-2013

Tahun	Alokasi Anggaran (triliun)
2005	2,1
2006	3,6
2007	4,6
2008	4,6
2009	4,6
2010	5,1
2011	6,3
2012	5,9 (+ 1,65 Jampersal)
2013	6,7 (+ 1,5 Jampersal)

Sumber: 2005-2010, Kementerian Kesehatan RI, Kebijakan Kementerian Kesehatan dalam Sinergitas Implementasi Jamkesmas dengan Program Keluarga Harapan, Yogyakarta 2011. 2010-2013.

Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Jumlah sasaran peserta sebesar 19,1 juta rumah tangga miskin atau sekitar 76,4 juta jiwa. Jumlah tersebut berdasarkan data BPS tahun 2006, yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara nasional oleh Menteri Kesehatan.¹⁹ Sampai dengan 2013, kartu peserta Jamkesmas telah didistribusikan ke 497 kabupaten/kota dan 9.900 puskesmas.²⁰

Rakyat miskin yang tidak masuk kuota Jamkesmas ditangani melalui program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang dibiayai Pemerintah Daerah. Hingga saat ini, Pemerintah Daerah yang mengalokasikan anggaran untuk Jamkesda tercatat sebanyak 342 kabupaten/kota yang tersebar di 33 provinsi.²¹

Disadari bahwa program Jamkesmas masih terfragmentasi dan terbagi-bagi, sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali. Selain itu, UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) juga menetapkan bahwa khusus untuk jaminan kesehatan nasional akan diselenggarakan

¹⁹ Jaringan Dokumentasi dan ..., *loc. cit.*, hlm 5.

²⁰ F.Illam, S.Yogiantoro, "Perpaduan JKA dan Jamkesmas - Menggratiskan Pelayanan Kesehatan Seluruh Penduduk Aceh", http://www.jamsosindonesia.com/cetak/print_externallink/6646/#sthash.9QDidcTS.dpuf, diakses 10 Februari 2014.

²¹ *Ibid.*

oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. Oleh karena itu, sejak 2014, mulai diselenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional yang secara operasional pelaksanaannya diatur dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden.

C. Jaminan Kesehatan Nasional

Dasar hukum pelaksanaan JKN melalui BPJS Kesehatan adalah:

- 1) UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS;
- 2) UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- 3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- 4) UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- 5) UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
- 6) Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI);
- 7) Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;
- 8) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
- 9) Peraturan BPJS No. 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional;
- 10) Surat Edaran Menteri Kesehatan No. HK/Menkes/31/I/2014 tentang Pelaksanaan Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
- 11) Surat Edaran Menteri Kesehatan No. HK/Menkes/32/I/2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta BPJS Kesehatan pada Faasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan; dan
- 12) Peta Jalan (*Roadmap*) JKN.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (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. Melalui JKN diharapkan dapat dicapai

jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019. Untuk mencapai tujuan khusus tersebut, disepakati delapan sasaran pokok yang dicapai pada tahun 2014, yaitu:

- 1) tersusunnya seluruh peraturan pelaksanaan yang diperlukan;
- 2) beroperasinya BPJS Kesehatan sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS;
- 3) paling sedikit 121,6 juta penduduk dijamin melalui BPJS Kesehatan;
- 4) manfaat medis JKN yang dikelola BPJS sama untuk seluruh peserta sedangkan untuk manfaat nonmedis masih ada perbedaan;
- 5) disusunnya rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan dan implementasinya secara bertahap;
- 6) paling sedikit 75 persen peserta puas dengan layanan BPJS Kesehatan;
- 7) paling sedikit 75 persen fasilitas kesehatan puas dengan layanan BPJS Kesehatan; dan
- 8) pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan terlaksana secara transparan, efisien, dan akuntabel.

Untuk mencapai Delapan Sasaran Pokok tersebut telah disusun kegiatan-kegiatan pokok sebagai berikut:

- 1) Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan;
- 2) Peraturan Pemerintah tentang PBI;
- 3) Peraturan Presiden tentang Dukungan Operasional Kesehatan untuk TNI/Polri;
- 4) Peraturan Pemerintah tentang BPJS (Gabungan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan);
- 5) PP Pengelolaan Dana Jaminan Sosial;
- 6) PP tetang Modal Awal BPJS;
- 7) Peraturan Presiden tentang Tata Cara Pemilihan dan Penetapan Dewan Pengawas dan Direksi BPJS;
- 8) Peraturan Presiden tentang Renumerasi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS; dan
- 9) Keputusan Presiden tentang Dewan Komisaris dan Dewan Direksi BPJS Kesehatan.

Perluasan kepesertaan mulai dilakukan dengan menyatukan pengelolaan peserta Askes Sosial/PNS (yang sebelumnya dikelola

oleh PT Askes), pengalihan pengelolaan Jamkesmas dari Kemenkes sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), pengalihan peserta JPK Jamsostek, dan pengalihan jaminan kesehatan dari TNI/POLRI, serta sebagian peserta Jamkesda. Ditargetkan sekitar 121,6 juta jiwa dijamin oleh BPJS Kesehatan di Tahun 2014.

Pada prinsipnya seluruh pemberi kerja wajib mendaftarkan pekerjanya kepada BPJS Kesehatan. Namun pemberi kerja yang kini telah menyediakan jaminan kesehatan bagi pekerjanya secara mandiri diberikan kelonggaran untuk bergabung paling lambat hingga awal tahun 2019 (*wait and see first*) agar seluruh pekerja terlindungi seluruhnya melalui BPJS Kesehatan.

Segaimana diatur dalam UU SJSN, paket manfaat (layanan kesehatan yang dijamin) sejak awal akan dimulai dengan paket komprehensif. Prinsip komprehensif artinya adalah bahwa semua pengobatan untuk penyakit yang terjadi secara alamiah akan dijamin, sedangkan penyakit yang ditimbulkan akibat kesengajaan seperti akibat penggunaan NAPZA atau yang bersifat kosmetika tidak dijamin. Jaminan juga mencakup alat sampai besaran tertentu seperti kaca mata atau alat bantu gerak. Agar lebih berkeadilan, mereka yang iurannya dibayarkan Pemerintah berhak mendapatkan perawatan di kelas III. Sedangkan mereka yang membayar iuran akan mendapat perawatan di kelas II atau kelas I, tergantung besarnya iuran. Paket manfaat tersebut di atas juga untuk memenuhi prinsip pelindungan rakyat agar tidak jatuh miskin jika terkena musibah penyakit berat dengan biaya yang besar.

Perluasan dan tingkat pelindungan (protektabilitas) haruslah dibarengi dengan iuran yang memadai. Masyarakat tidak perlu mengkhawatirkan jika iuran terlalu tinggi, sebab BPJS secara hukum adalah badan nirlaba. Dalam hal ini, pemegang saham BPJS adalah seluruh peserta, karenanya setiap surplus akan digunakan untuk perbaikan paket manfaat seluruh peserta. Untuk tahap awal, iuran telah diperhitungkan berkisar pada 5–6 persen gaji sebulan atau penetapan nilai nominal. Sedangkan untuk PBI, setelah dihitung berdasarkan berbagai kajian, kebutuhan iuran tahap awal adalah sebesar Rp22.000–Rp27.000 per orang per bulan. Batas atas upah penetapan iuran dan besaran iuran akan disesuaikan paling lama setiap dua tahun. Untuk menjamin BPJS tidak defisit atau menumpuk surplus terlalu besar, dalam jangka panjang perlu dilakukan

keseimbangan antara pemasukan dana iuran dan belanja kesehatan, serta ketersediaan dana cadangan.

Dari sisi pelayanan kesehatan, telah diidentifikasi tingkat ketersediaan dan sejumlah masalah yang masih menghambat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional. Saat ini, tersedia lebih dari 85.000 dokter praktik umum dan lebih dari 25.000 dokter praktik spesialis, belum termasuk dokter gigi. Secara nasional, jumlah tersebut cukup untuk melayani seluruh rakyat berdasarkan rasio satu dokter praktik umum melayani 3.000 orang. Pelayanan kesehatan saat ini juga didukung oleh jumlah perawat dan bidan yang jumlahnya telah mencukupi, dan tempat tidur di rumah sakit milik Pemerintah dan milik swasta, termasuk tempat tidur di puskesmas yang rasinya telah mendekati satu tempat tidur untuk setiap 1.000 penduduk. Namun demikian, ketersediaan layanan kesehatan tersebut terkendala oleh penyebarannya yang jauh lebih banyak di kota-kota besar. Pada pelaksanaan cakupan kesehatan semesta di berbagai negara lainnya hal serupa umum terjadi. Hal itu dapat diselesaikan antara lain jika pembayaran BPJS ke fasilitas kesehatan diperbaiki dengan mempertimbangkan harga keekonomian agar terjadi redistribusi dokter ke daerah-daerah yang membutuhkan dan semakin banyak pihak swasta yang akan membangun fasilitas kesehatan.

Layanan kesehatan juga mencakup obat dan bahan medis habis pakai yang seyogyanya mengikuti mekanisme pasar. Saat ini, jumlah pabrik obat di Indonesia jumlahnya jauh melebihi kebutuhan. Sementara itu, produksi bahan medis habis pakai juga mudah untuk ditingkatkan produksinya. Penentuan besaran pembayaran iuran BPJS menjadi faktor kunci agar dokter dan fasilitas kesehatan, termasuk obat dan bahan medis habis pakai dibayar dengan harga keekonomian yang layak, dan terjadi keseimbangan yang memadai antara pemintaan dan penyediaan obat dan bahan medis habis pakai. Untuk itu, pelaksanaan BPJS perlu dipantau agar dapat tercapai tingkat kepuasan 80 persen dari fasilitas kesehatan.

Selain hal tersebut di atas, untuk mendukung kepesertaan menyeluruh Jaminan Kesehatan Nasional perlu dilakukan Peningkatan Ketersediaan dan Kualitas Fasilitas Kesehatan serta penyusunan Sistem/Standar Operasional Pelayanan. Untuk itu, Kementerian Kesehatan perlu menyusun Rencana Aksi

Pengembangan pelayanan kesehatan termasuk fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, alat, obat, bahan medis habis pakai, dan kelengkapan lainnya yang pelaksanaannya dapat dilakukan secara bertahap.

Untuk menjamin bahwa layanan dokter dan rumah sakit berkualitas, BPJS juga akan mengembangkan seleksi (kredensialing) dokter dan fasilitas kesehatan yang dikontrak. Fasilitas yang tidak memenuhi standar tidak akan dikontrak atau diperpanjang kontraknya. Diharapkan pada tahun 2019 seluruh fasilitas kesehatan akan memenuhi standar yang berlaku agar kepuasan peserta terpenuhi. Karena peserta diberikan kebebasan memilih dokter/fasilitas kesehatan yang akan melayaninya, maka seluruh fasilitas kesehatan akan bersaing memberikan layanan yang berkualitas dan memuaskan.

Dengan mengembangkan sistem dan pemantauan kepuasan peserta, pada tahun 2019 diharapkan 85 persen peserta puas terhadap layanan kesehatan berkualitas. Disadari bahwa saat ini banyak keraguan dan ketidak-percayaan publik akan efektivitas pelaksanaan BPJS. Meskipun selama hampir 20 tahun hasil audit Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) terhadap PT Askes selalu Wajar Tanpa Pengecualian, namun di lapangan masih terjadi penyimpangan.

Oleh karenanya, langkah pertama yang disiapkan adalah peraturan pelaksanaan yang menjamin transparansi dan akuntabilitas BPJS. Lebih lanjut, BPJS harus membayar fasilitas kesehatan dengan harga keekonomian yang kompetitif dan efisien, BPJS tidak boleh menghabiskan biaya operasionalnya melebihi lima persen dari total iuran yang diterima. Secara bertahap, kinerja pengelolaan BPJS akan terus diperkuat hingga dapat menekan biaya operasional kurang dari lima persen dari iuran yang diterima sebagaimana BPJS serupa di negara-negara lain. Dengan prinsip ini, lebih dari 95 persen dana iuran yang terkumpul akan kembali kepada peserta dalam bentuk layanan kesehatan yang berkualitas.

Untuk menghindari *moral hazard*, maka fasilitas kesehatan akan dibayar secara prospektif, khususnya dengan cara kapitasi dan CBG (*Case Based Group*). Kedua cara pembayaran tersebut adalah cara pembayaran borongan yang memaksa dokter dan rumah sakit efisien namun tetap menjaga kualitas layanannya. Dokter dan rumah

sakit di suatu wilayah yang memiliki indeks harga/indeks kemahalan yang sama akan dibayar sama. Dengan demikian persaingan sehat antara dokter dan rumah sakit terjadi berdasarkan kualitas layanan, bukan tarif.

Mengingat manajemen JKN dan pembayaran ke fasilitas kesehatan merupakan suatu proses yang kompleks dan perkembangan obat atau teknologi baru dalam bidang kesehatan, maka BPJS juga perlu menyisihkan 0,5 persen dari pendapatan iuran untuk biaya riset dan pengembangan. Teknologi atau obat baru yang *cost-effective* harus dijamin, sementara obat atau teknologi lama yang tidak lagi memadai harus dikeluarkan. Dengan begitu, peserta akan terus mendapatkan teknologi terbaru. Dengan demikian, JKN akan senantiasa memberi sumbangan berarti bagi produktifitas dan kualitas hidup peserta. Pada akhirnya, kemajuan JKN akan sangat bergantung pada kepercayaan publik terhadap kinerja BPJS.

Untuk menjamin pengelolaan yang efektif, efisien, transparan dan akuntabel, BPJS akan diaudit oleh BPK dan akuntan publik. Secara internal, Dewan Pengawas dan DJSN akan terus memantau dan mengawasi segala aspek penyelenggaraan JKN oleh BPJS Kesehatan. Keluhan peserta, dokter, fasilitas kesehatan lainnya harus juga selalu ditampung. Setiap pemangku kepentingan dapat menyampaikan keluhan atas layanan fasilitas kesehatan yang tidak memuaskan dan layanan BPJS atau praktik petugas BPJS yang tidak bersih melalui berbagai saluran pengaduan masyarakat hingga kepada Presiden. BPJS Kesehatan dengan *monitoring* dari DJSN harus menampung seluruh keluhan atau pengaduan yang ada dan mengkoordinasikan penanganannya. Laporan keuangan harus dipublikasi paling sedikit dua kali dalam setahun dalam berbagai media cetak dan elektronik agar bisa diperiksa, diawasi, dan dievaluasi oleh pemangku kepentingan, akademisi, pengawas korupsi, dan peneliti lainnya.

Dampak fiskal JKN diharapkan akan positif sejalan dengan meningkatnya kesadaran penduduk untuk membayar pajak dan iuran. Hal ini terjadi di negara-negara yang telah lebih dahulu menyelenggarakan JKN dengan cakupan semesta. Apabila hal-hal di atas dapat terlaksana dengan baik, maka kerugian negara akibat JKN tidak akan terjadi. Selama ini Indonesia baru menganggarkan sekitar 2,5 persen Produk Domestik Bruto (PDB) untuk kesehatan. Setelah BPJS berjalan, diperkirakan belanja kesehatan Indonesia akan meningkat

bertahap mulai pada kisaran empat persen PDB. Dari jumlah tersebut, beban PBI diperkirakan tidak lebih dari satu persen PDB.

Persiapan proses transformasi PT Askes paling tidak sampai Desember 2013 harus telah selesai. Selama proses transisi akan dibentuk *Project Management Office* yang terdiri atas unsur PT Askes, Kementerian Kesehatan, dan PT Jamsostek untuk melancarkan proses pemindahan pengelolaan peserta Jamkesmas dan JPK Jamsostek. Prinsip pengelolaan yang baik (*good corporate government*) menjadi kunci keberhasilan transformasi. Hal ini dalam dicapai melalui penyusunan AD/ART, atribut organisasi, serta sistem operasi dan prosedur (SOP), pelatihan dan pengembangan SDM BPJS, penyiapan laporan keuangan penutupan PT Askes dan akun BPJS awal, penyusunan sistem informasi dengan menggunakan Nomor Induk Kependudukan (NIK) peserta, dan sistem akuntansi khusus BPJS.

Sebagaimana diatur dalam UU BPJS, Direksi dan Komisaris PT Askes akan menggembang menjadi Direksi dan Dewan Pengawas BPJS untuk masa dua tahun. Karena masa jabatan Direksi dan Dewan Komisaris PT Askes akan segera berakhir, maka penggantian Dewan Direksi dan Komisaris PT Askes yang nantinya sebagai pengelola BPJS diharapkan terdiri dari orang-orang yang memahami dan berkomitmen menjalankan BPJS sebaik-baiknya. Dalam rangka proses transformasi tersebut, PT Askes dan koordinasi dengan berbagai kementerian terkait lainnya, DJSN serta asosiasi profesi/organisasi fasilitas kesehatan perlu melakukan sosialisasi intensif kepada publik.

Sosialisasi merupakan kunci keberhasilan pelaksanaan JKN mengingat tingkat kepesertaan jaminan kesehatan saat ini relatif rendah. Sosialisasi yang baik akan memberikan pemahaman dan kesadaran kepada peserta dan pemberi kerja akan hak dan kewajibannya. Dengan pemasaran yang memadai, kepesertaan JKN yang berbasis asuransi sosial ini dapat mencapai target yang diharapkan dan pemberi kerja dapat mendapatkan manfaat yang besar pura tari terlindunginya ke senatan para pekerja. Sosialisasi diperlukan tidak hanya dari kepesertaan, namun juga untuk mendapatkan dukungan dari berbagai pihak yang terkait untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan baik di pusat, daerah, swasta, maupun unsur masyarakat lainnya.

BAB III

JAMINAN KESEHATAN ACEH

A. Dasar Hukum

Seperti halnya berbagai jaminan kesehatan yang pernah diterapkan di Indonesia, dasar hukum dari pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) utamanya adalah amanat UUD 45 Pasal 28H ayat (1) yang mengatur hak penduduk untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Harus dipahami bahwa hak rakyat tersebut bukanlah hak alamiah yang dapat diperoleh tanpa ada kewajiban. Hak rakyat atas layanan kesehatan diperoleh setelah rakyat melaksanakan kewajiban seperti membayar pajak dan membayar iuran jaminan sosial. Oleh karenanya hak atas pelayanan kesehatan tersebut dirumuskan lebih lanjut dengan Pasal 34 ayat (2) UUD 45 yang memerintahkan negara untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial untuk seluruh rakyat. Selain itu pada ayat (3) dari pasal yang sama dinyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan pelayanan kesehatan dan pelayanan umum yang layak.

Amanat UUD 45 tersebut telah dijabarkan dengan lebih rinci dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang mewajibkan rakyat yang mampu untuk membayar iuran jaminan sosial, diantaranya jaminan bantuan iuran, yang sifatnya sementara, guna mendapatkan jaminan kesehatan. Selain itu, khusus untuk Provinsi Aceh, UU Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintah Aceh pada Pasal 224, Pasal 225, dan Pasal 226 mengatur bahwa Pemerintah Aceh wajib memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada penduduk Aceh terutama penduduk miskin, fakir miskin, anak yatim dan terlantar.

Qanun (Peraturan Daerah) Aceh Nomor 4 Tahun 2010 tentang Kesehatan lebih menguatkan rincian dari dua UU di atas, terutama pada Pasal 43 ayat (1) yang mewajibkan Pemerintah Aceh untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan secara paripurna kepada

penduduk Aceh dengan menganut prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial.

Pada awal diterapkan, yaitu tahun 2010, Statistik Daerah Aceh menginformasikan penduduk yang mempunyai proporsi terbanyak dengan keluhan penyakit mengindikasikan tingkat kesejahteraan yang lebih rendah. Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan penduduk terus dilakukan seperti penyediaan sarana kesehatan berupa rumah sakit dan puskesmas, penyediaan tenaga kesehatan yang cukup, dan kampanye budaya hidup sehat.

Berdasarkan kondisi di atas, maka Pemerintah Aceh merancang Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) untuk mendorong terlaksananya sistem penyelenggaraan jaminan kesehatan di Aceh. JKA diselenggarakan sejak 1 Juni 2010, dan menjangkau seluruh penduduk Provinsi Aceh (*universal health coverage*). Gubernur Provinsi Aceh pada waktu itu, drh. Irwandi Yusuf, M.Sc., menempatkan Program JKA sebagai salah satu upaya meningkatkan sumber daya manusia di Provinsi Aceh. Program JKA bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan, mendorong kreativitas, dan produktivitas masyarakat Aceh untuk menggapai visi Aceh 2015 “Aceh Sehat yang Islami, Mandiri, Berkeadilan, dan Sejahtera”.

Program JKA bukan yang pertama di Indonesia, tetapi berbeda dibandingkan 202 program jaminan kesehatan bagi masyarakat di Indonesia. Penguanan terhadap program JKA terus dilakukan, dan pada tahun 2011, dua dasar hukum lain diterbitkan untuk mendukung program. Dasar hukum tersebut adalah Peraturan Gubernur Aceh Nomor 56 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh dan Perjanjian Kerja Sama Tahun 2011 antara Gubernur Aceh dengan PT Askes (Persero) No. 05/PKS/2011 dan Nomor 100/KTR/0411 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Aceh.

B. Pelayanan kepada Masyarakat

Program JKA menjembatani masyarakat Aceh untuk mengakses pelayanan kesehatan. JKA menghilangkan kendala biaya ketika masyarakat Aceh berobat. Fasilitas kesehatan pemerintah tidak lagi memungut biaya administrasi maupun biaya pelayanan kesehatan, sejak program ini dilaksanakan. Dengan JKA, masyarakat Aceh dapat mengakses sarana pelayanan kesehatan berkualitas yang dibangun

lebih baik pasca-rehabilitasi dan rekonstruksi bencana tsunami Desember 2004.

Puskesmas-puskesmas di Aceh nyaris setara dengan rumah sakit tipe D di daerah lain di Indonesia. Begitu pula dengan pelayanan kesehatan rujukan, saat itu masyarakat Aceh bebas biaya berobat di RSUD Kabupaten/Kota, rumah sakit rujukan tertinggi di Aceh, yakni RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, dan bahkan pelayanan kesehatan rujukan lanjutan di berbagai RS Pemerintah di Jakarta. Sebenarnya jika dilihat dari letak geografis, RS terdekat dengan Provinsi Aceh selain RS di Provinsi Sumatera Utara adalah RS yang berada di Malaysia. Tetapi dengan tetap mempertimbangkan kesatuan dan persatuan bangsa, maka rujukan lanjutan tetap di RS Pemerintah di Jakarta.²²

Sebagai pusat rujukan di Provinsi Aceh, RSUD dr. Zainoel Abidin secara bertahap terus melengkapi fasilitas dengan peralatan, sarana, dan prasarana lain serta tenaga ahli yang diperlukan. Diharapkan masyarakat tidak perlu mendapatkan pelayanan kesehatan di luar daerah. Hal ini menjadi target capaian karena RSUD dr. Zainoel Abidin mempunyai tugas dan fungsi memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat Provinsi Aceh serta memberikan pelayanan kesehatan yang prima dan bermutu, sekaligus mendidik tenaga kesehatan yang profesional.

Selain RSUD dr. Zainoel Abidin, pelayanan kesehatan gratis yang dilaksanakan di Kota Banda Aceh sebagai ibu kota Provinsi didukung fasilitas 15 rumah sakit, 11 Puskesmas, 26 Pustu, 7 Poskesdes, dan 27 Polindes. Adapun jumlah tenaga kesehatan terdiri dari Dokter Umum dan Spesialis 32 Orang, Dokter Gigi 11 Orang, 183 Bidan, 83 Perawat, 27 Perawat Gigi, 19 Sanitarian, 12 Ahli Gizi, 20 Pranata Lab, 23 Asisten Apoteker, 59 SKM, dan 16 S2 SKM, untuk 122.749 jiwa penduduk Kota Banda Aceh.

Ketersediaan obat-obatan di rumah sakit, Puskesmas, Pustu, dan Poskesdes terus dijaga agar tercukupi, sehingga dapat memberikan pelayanan optimal pada pasien. Pemberian obat-obatan sesuai dengan permintaan puskesmas melalui laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPLPO) dari puskesmas setiap bulannya.

²² Wawancara dengan Taqwallah, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, 6 Mei 2014.

Ketersediaan obat di UPTD Gudang Farmasi berasal dari sumber dana APBK (APBK murni dan DAK), ASKES, APBA (*Buffer Stock*), APBN (Program TB, Kusta, HIV/AIDS, Malaria), sedangkan untuk rumah sakit, ketersediaan obat-obatan dilakukan oleh rumah sakit yang bersangkutan. Dengan tercukupinya obat-obatan tersebut, pasien tidak dibebankan membeli obat-obatan di luar rumah sakit.

Tujuan umum program JKA adalah mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Aceh yang berkeadilan, tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, jenis kelamin dan usia dalam rangka meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan.²³ Sedangkan tujuan khusus program JKA,²⁴ yaitu:

- 1) mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata bagi seluruh penduduk Aceh;
- 2) menjamin akses pelayanan bagi seluruh penduduk dengan mencegah terjadinya beban biaya kesehatan yang melebihi kemampuan bayar penduduk;
- 3) menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dari pelayanan kesehatan primer/tingkat pertama sampai pelayanan rujukan yang memuaskan rakyat, tenaga kesehatan, dan Pemerintah Aceh; dan
- 4) mewujudkan reformasi sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan di Aceh secara bertahap.

Seperti halnya prinsip jaminan kesehatan yang tercantum dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang BPJS, maka penyelenggaraan JKA mengacu pada sembilan prinsip, yaitu:

- 1) Prinsip kegotong-royongan;
- 2) Prinsip keadilan dan jaminan yang sama;
- 3) Prinsip nirlaba;
- 4) Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas;
- 5) Prinsip portabilitas;
- 6) Prinsip cakupan semesta;
- 7) Prinsip pelayanan yang menyeluruh (komprehensif);
- 8) Prinsip pelayanan berkualitas; dan
- 9) Prinsip pelayanan terstruktur dan berjenjang.

²³ Peraturan Gubernur Aceh No. 56 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh, Pasal 2.

²⁴ *Ibid.*, Pasal 3.

Jika dibandingkan dengan sembilan prinsip SJSN,²⁵ maka prinsip yang diterapkan dalam JKA lebih diperkuat dengan prinsip keadilan dan jaminan yang sama, serta prinsip efisien, efektif, berkualitas, dan terstruktur berjenjang. Dapat dijabarkan kesembilan prinsip program JKA adalah sebagai berikut:

- 1) Prinsip kegotong-royongan di masa depan yang dimulai oleh bantuan iuran oleh Pemerintah Aceh. Pada tahap awal, penduduk di sektor informal akan mendapat bantuan iuran dari Pemerintah Aceh untuk menjadi peserta JKA. Dikemudian hari, seluruh penduduk Aceh harus bergotong-royong dengan wajib mengiur dana untuk jaminan kesehatan bagi dirinya. Sebagaimana diatur UU SJSN, iuran wajib akan mewujudkan kegotong-royongan dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu; peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit.
- 2) Prinsip keadilan dan jaminan yang sama dimaksudkan agar seluruh penduduk Aceh harus mendapat jaminan kesehatan yang sama, tanpa memandang pekerjaan penduduk Aceh, tingkat sosial ekonomi, atau latar belakang etnik, budaya, agama, jenis kelamin dan usia.
- 3) Prinsip nirlaba diterapkan ketika pengelolaan iuran dari peserta dan bantuan iuran dari pemerintah Aceh tidak dimaksudkan untuk mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan.
- 4) Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas menjadi satu kesatuan sebagai bentuk penerapan prinsip manajemen dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta (termasuk bantuan iuran dari Pemerintah Aceh) dan hasil pengembangannya. Seluruh pemangku kepentingan seperti pejabat Pemerintah Aceh, ~~pejabat rumah sakit~~ ^[14]

sampai ia meninggal dunia, meskipun ia berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Aceh atau bepergian sementara ke luar Aceh, misalnya dalam menempuh pendidikan atau tugas di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

- 6) Prinsip cakupan semesta menjamin seluruh penduduk Aceh. Pada tiga tahun pertama iuran premi dibayar oleh Pemerintah Aceh dan Kabupaten/Kota. Pada tahap selanjutnya penduduk Aceh yang bekerja mandiri dan memiliki kemampuan ekonomi wajib mengiur. Penduduk miskin dan hampir miskin mendapat bantuan iuran dari Pemerintah Aceh dan Kabupaten /Kota.
- 7) Prinsip pelayanan yang menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan kebutuhan pelayanan medis.
- 8) Prinsip pelayanan berkualitas sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar pelayanan minimal (SPM).
- 9) Prinsip pelayanan terstruktur dan berjenjang mulai dari pelayanan rawat jalan primer sampai pelayanan tersier baik di fasilitas kesehatan publik maupun swasta yang dikontrak oleh BPJKA.

C. Pembiayaan

Program JKA merupakan strategi reformasi sistem pembiayaan pelayanan kesehatan di Aceh. Biaya tidak akan lagi menjadi hambatan bagi penduduk Aceh untuk mengakses pelayanan kesehatan gratis.²⁶ Dalam proses dijumpai banyak tantangan terutama dalam menyakinkan otoritas anggaran seperti Dewan Perwakilan Rakyat Aceh (DPRA) di tingkat provinsi, pengawas anggaran, masyarakat, dan lainnya. Aspek politis dan lobi-lobi serta pendekatan lainnya dalam menentukan desain dan badan penyelenggara dan pembayaran fasilitas kesehatan merupakan upaya yang lama dan berat.

Sebelum Program JKA berjalan, pada tahun 2008, pendanaan JKA gagal dialokasikan dengan alasan peserta yang belum jelas. Meskipun kegagalan itu lebih dominan karena aspek politik. Apalagi Gubernur yang terpilih tidak memiliki partai sehingga program ini rawan digagalkan oleh DPRA. Pada tahun 2009, Partai Aceh menjadi mendominasi DPRA tetapi bukan berarti JKA akan mulus untuk

²⁶ Dinas Kesehatan Aceh, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh* (Banda Aceh: Dinas Kesehatan Aceh, 2011), hlm. 1.

pelaksanaannya. Banyak diantara para politisi meragukan JKA tidak memperbaiki mutu pelayanan sekaligus menganggap iuran yang terlalu besar. Akhirnya, anggaran JKA hanya dialokasikan sebesar Rp229 miliar pada tahun 2010 yang cukup untuk 6–7 bulan.

Berdasarkan Peraturan Gubernur Aceh Nomor 56 Tahun 2011 Pasal 4 ditetapkan bahwa peserta JKA adalah seluruh penduduk Aceh yang dibuktikan dengan:

- 1) Kartu Tanda Penduduk (KTP) Aceh dan Kartu Keluarga (KK) Aceh, atau
- 2) Kartu Keluarga bagi yang belum berhak mendapatkan KTP.

JKA mengasuransikan kesehatan semua penduduk Aceh yang belum memiliki kartu Jamkesmas, asuransi, atau Jamsostek. Pengecualian diberikan bagi penduduk Aceh yang sudah menjadi peserta Askes Sosial dan Pejabat Negara yang iurannya dibayar Pemerintah serta Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek. Para peserta tersebut tidak masuk dalam peserta penduduk Aceh yang harus dibuktikan dengan KTP dan KK. Sebelum 2014, peserta non-JKA adalah:

- 1) Peserta Askes Sosial seperti Pegawai Negeri Sipil, Pensiunan Pegawai Negeri Sipil, Pensiunan TNI/Polri, Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan anggota keluarga, dokter PTT dan Bidan PTT.
- 2) Peserta JPK Jamsostek yaitu peserta yang mendapat jaminan kesehatan sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.

Berdasarkan sumber dana, ada dua jenis kepesertaan JKA. Jenis pertama adalah peserta yang dananya bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) seperti yang telah diterapkan dalam Jamkesmas. Sedangkan jenis kedua adalah kepesertaan yang ditanggung dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Aceh (APBA), yaitu untuk mereka yang tidak terjamin dalam asuransi kesehatan sosial PT Askes dan JPK Jamsostek.

Sejak 2010, semua penduduk Aceh dari segala strata sosial praktis dibebaskan dari beban finansial saat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan. Pada tahun 2010 (jangka waktu tujuh bulan) alokasi JKA adalah sebesar Rp229 miliar, kemudian pada tahun 2011 anggarannya meningkat menjadi Rp383 miliar dan pada tahun 2013 hanya Rp400 miliar ketika angka pada tahun sebelumnya mencapai Rp401 miliar. Secara lengkap dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2.
Alokasi dan Realisasi Dana JKA 2010-2014

Tahun	Realisasi	Sisa	Hutang	Total
2010	196.208.798.667	33.570.089.467		229.778.888.134
2011	381.275.683.627	1.726.059.544		383.001.743.171
2012	334.144.569.511	66.984.708.833		401.129.278.344
2013	400.752.895.000		26.000.000.000	400.752.895.000
2014	402.428.592.921			402.428.592.921

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, Mei 2014.

Mulai tahun 2014, program JKA mengikutsertakan rumah sakit swasta sebagai rumah sakit layanan JKA, baik yang berada di Banda Aceh maupun kabupaten/kota lainnya. Jaminan kesehatan di Aceh semuanya di-cover oleh dana pemerintah pusat dan daerah. Jumlah peserta JKA murni atau penduduk yang belum memiliki (ter-cover) asuransi kesehatan sekitar 1,8 jutaan, sedangkan peserta Jamkesmas untuk Provinsi Aceh sekitar 2,5 jutaan. Namun demikian, pembiayaan Jamkesmas juga terintegrasi JKA, jika ternyata ada biaya pelayanan Jamkesmas masih dirasa kurang, akan di-cover oleh JKA. Selanjutnya, Pemerintah Provinsi Aceh merencanakan pembatasan subsidi iuran hanya bagi penduduk miskin dan hampir miskin. Penduduk Aceh yang bekerja mandiri dan memiliki kemampuan ekonomi

1. Tim Koordinasi

a. Tim Koordinasi Provinsi

Tugas Tim Koordinasi Provinsi adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan koordinasi dan sinkronisasi dengan Tim Pengawas dan Badan Penyelenggara;
- b. Merumuskan dan mengusulkan kebijakan terkait penyelenggaraan JKA;
- c. Memberikan solusi dalam mengatasi hambatan dan masalah yang terjadi terhadap penyelenggaraan program JKA;
- d. Melakukan evaluasi penyelenggaraan JKA dan melakukan analisis utilisasi dan kajian kecukupan dana untuk perhitungan anggaran tahun berikutnya dengan membentuk tim evaluasi/konsultan ahli;
- e. Melakukan pengaturan tarif dan prosedur pelayanan bersama BPJS Kesehatan, ahli/konsultan asuransi, dokter spesialis dan asosiasi tenaga kesehatan di wilayah Aceh; dan
- f. Melakukan validasi atas laporan tim pengawas.

**Tabel 3.
Susunan Tim Koordinasi Provinsi**

No.	Jabatan dalam Dinas	Kedudukan dalam Program JKA
Pengarah		
1.	Gubernur Aceh	Pengarah
Pelaksana		
2.	Sekretaris Daerah Aceh	Ketua
3.	Kepala Dinas Kesehatan Aceh	Wakil Ketua
4.	Kepala PT Askes (Persero) Regional I*	Sekretaris
5.	Kepala Bappeda Aceh	Anggota
6.	Kepala Dinas DPKKA	Anggota
7.	Kepala Biro Hukum Setda Aceh	Anggota
8.	Kepala Biro Kesra	Anggota
9.	Direktur RSUD dr. Zainoel Abidin	Anggota
10.	Ketua Tim Asistensi Bidang Kesehatan Gubernur	Anggota
11.	Perwakilan Akademisi	Anggota
12.	Kepala Bidang Pembinaan Pelayanan Kesehatan	Anggota

13.	Kepala PT Askes (Persero) Cabang Banda Aceh**	Anggota
14.	Unsur Dinas Kesehatan Aceh	Sekretariat
15.	Unsur PT Askes (Persero) Cabang Banda Aceh***	

- Dalam Program JKRA, dijabat oleh Kepala BPJS Kesehatan Devisi Regional I.
- .. Dalam Program JKRA, dijabat oleh Kepala BPJS Kesehatan Cabang Banda Aceh.
- ... Dalam Program JKRA, diserahkan kepada Unsur BPJS Kesehatan Cabang Banda Aceh.

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, 2013.

b. Tim Koordinasi Kabupaten/Kota

Tugas Tim Koordinasi Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan koordinasi dan sinkronisasi dengan Tim Pengawas dan Badan Penyelenggara;
- b. Merumuskan dan mengusulkan kebijakan terkait Penyelenggaraan JKA;
- c. Memberikan solusi dalam mengatasi hambatan dan masalah yang terjadi terhadap Penyelenggaraan program JKA di tingkat Kabupaten/Kota; dan
- d. Mengkonsultasikan permasalahan yang tidak bisa diselesaikan ke Tim Koordinasi tingkat Provinsi.

Tabel 4.
Susunan Tim Koordinasi Kabupaten/Kota

No.	Jabatan dalam Dinas	Kedudukan dalam Program JKA
1.	Bupati/Walikota	Pengarah
2.	Sekretaris Daerah Kabupaten/Kota	Ketua
3.	Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	Wakil Ketua
4.	Kepala Cabang PT Askes (Persero)*	Sekretaris
5.	Ketua Komisi yang membidangi kesehatan DPRK	Anggota
6.	Kepala Bappeda	Anggota
7.	Direktur RSUD Kabupaten/Kota	Anggota
8.	PT Askes (Persero) Kabupaten/Kota**	Anggota

- Dalam Program JKRA, dijabat oleh Kepala BPJS Kesehatan Cabang Kabupaten/Kota.
- .. Dalam Program JKRA, diserahkan kepada BPJS Kesehatan Cabang Kabupaten/Kota.

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, 2013

2. Tim Pengawas

Pemerintah Aceh membentuk Tim Pengawas Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan biaya terkendali. Kegiatan Tim Pengawas dibiayai dari dana pelayanan kesehatan tidak langsung.

a. Tim Pengawas Provinsi

Tim pengawas tingkat provinsi diangkat oleh gubernur. Tugas dan tanggung jawab Tim Pengawas Provinsi:

- Melakukan pengawasan terhadap implementasi pedoman pelaksanaan (Manlak) Program JKA dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta;
- Melakukan pengawasan manajemen kepesertaan, manajemen pengobatan, dan penanganan keluhan atas pelayanan kepada peserta;
- Mendapatkan laporan pelaksanaan program JKA dari pihak pelaksana program secara berkala;
- Memberikan saran dan bantuan teknis kepada pihak pelaksana program guna memperlancar dan meningkatkan mutu pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi peserta;
- Melakukan pertemuan dan konsultasi dengan Dinas Kesehatan Aceh, PT Askes (Persero), Pihak RSU Zainoel Abidin, RSU Daerah, RSU Swasta dan para pelaksana lainnya yang terkait dengan pelayanan kesehatan Program JKA; dan
- Menyampaikan laporan hasil pengawasan kepada Gubernur Aceh pertriwulan dan laporan tahunan para pihak yang berkepentingan.

**Tabel 5.
Susunan Tim Pengawas Provinsi**

No.	Jabatan dalam Dinas	Kedudukan dalam Program JKA
1.	Gubernur Aceh	Pengarah
2.	Sekretaris Daerah Aceh	Anggota Pengarah
3.	Akademisi	Ketua Tim Pengawas
4.	Unsur Pemerintah Daerah	Sekretaris
5.	Unsur Medis (4 orang)	Anggota
6.	Unsur Pemerintah Aceh (2 orang)	Anggota
7.	Unsur Akademisi (1 orang)	Anggota

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, 2013

b. Tim Pengawas Kabupaten/Kota

Tim pengawas tingkat kabupaten/kota diangkat berdasarkan SK Bupati/Walikota. Tugas dan tanggung jawab Tim Pengawas Kabupaten/Kota:

- a. Melakukan pengawasan terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta;
- b. Melakukan pengawasan manajemen kepesertaan, penanganan keluhan tentang pelayanan kesehatan kepada peserta;
- c. Tim Pengawas Kabupaten/Kota bertanggung jawab kepada Gubernur Aceh melalui bupati/walikota setempat;
- d. Memberikan umpan balik atas pelaksanaan Program JKA berdasarkan hasil pengawasan ataupun pemantauan di lapangan; dan
- e. Menyampaikan pelaporan hasil pengawasan kepada tim koordinasi dan PT Askes (Persero) cabang setempat sebagai pertanggungjawaban.

Tabel 6.
Susunan Tim Pengawas Kabupaten/Kota

No.	Jabatan dalam Dinas	Kedudukan dalam Program JKA
1.	Kepala Dinas Kabupaten/Kota	Ketua
2.	Perwakilan Komite Medik Perwakilan IDI Cabang Perwakilan PDGI Cabang Perwakilan PPNI Cabang Perwakilan IBI	Anggota Pengawas Medik (masing-masing satu orang)
3.	LSM Bidang Kesehatan (1 orang) Tokoh Masyarakat (1 orang)	Anggota Pengawas NonMedik

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, 2013

c. Tim Pengawas Kecamatan

Tim pengawas tingkat kecamatan diangkat berdasarkan SK Bupati/Walikota. Tugas dan tanggung jawab Tim Pengawas Kecamatan:

- a. Melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan kesehatan peserta JKA di Puskesmas;
- b. Menampung aspirasi/keluhan baik petugas maupun masyarakat terhadap pelayanan kesehatan JKA;
- c. Melakukan pengawasan terhadap administrasi dan manajemen pelayanan kesehatan di Puskesmas;

- d. Membantu petugas mengatasi permasalahan pelayanan kesehatan yang timbul dalam masyarakat;
- e. Membantu petugas dalam memberikan informasi pelayanan JKA kepada masyarakat;
- f. Membuat laporan pertanggungjawaban kegiatan pengawasan;
- g. Menyampaikan hasil pengawasan kepada Tim Pengawas Kab/Kota;
- h. Tim Pengawas Kecamatan bertanggung jawab kepada Bupati/Walikota melalui Camat setempat; dan
- i. Memberikan pelaporan pelaksanaan kegiatan Tim Pengawas Kecamatan sebagai pertanggung jawaban ke PT Askes (Persero) cabang setempat setiap kali melakukan kegiatan pengawasan.

Tim Pengawas Tingkat Kecamatan beranggotakan maksimal tiga orang yang diusulkan oleh Kecamatan satu orang dan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dua orang dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Tokoh masyarakat kecamatan setempat;
- b. Peduli terhadap kesehatan masyarakat;
- c. Bersedia dan mampu melakukan pengawasan langsung dan tidak langsung tanpa pamrih;
- d. Sehat jasmani dan rohani; dan
- e. Berperilaku baik.

BAB IV

PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN ACEH DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Kerja sama yang ditandatangai PT Askes (Persero) dengan Pemerintah Aceh pada tanggal 1 Juni 2010 diperbarui dengan Perjanjian Kerja Sama dengan PT Askes (Persero) pada 20 Desember 2013 dan berlaku mulai 1 Januari 2014. Perjanjian tersebut mengintegrasikan pelayanan PT Askes (Persero) yang telah dilakukan selama ini dengan pelayanan BPJS Kesehatan di Aceh. Nama JKA dalam perjanjian tersebut disesuaikan menjadi Jaminan Kesehatan Rakyat Aceh (JKRA).²⁷

Program JKRA yang memang menjadi kelanjutan dari JKA cukup diuntungkan karena tidak terlalu dihadapkan pada permasalahan angka peserta JKRA. Memang ada permasalahan kriteria dan mekanisme penetapan kelompok masyarakat mampu karena belum ada data yang valid berdasarkan nama dan alamat yang jelas.²⁸ Tetapi sebagai langkah awal dan belajar dari pengalaman JKA, validasi awal untuk peserta JKRA sudah dilakukan terhadap peserta JKA pada Januari 2014 yaitu terhadap 2,3 juta penduduk Aceh yang kemudian tervalidasi menjadi 1,76 juta penduduk. Verifikasi dan purifikasi dilakukan terhadap angka tersebut, dan sampailah pada angka peserta awal JKRA sebesar 1,26 juta penduduk dari 3.927.045 penduduk yang tercatat sebagai peserta JKN.²⁹

Di sisi lain masih ada banyak hal yang menjadi pertanyaan dan membingungkan masyarakat Aceh. Bahkan, pemberi pelayanan

²⁷ Serambi Indonesia, "JKA Versi Baru Ada Uang Transpor", 21 Desember 2013, <http://aceh.tribunnews.com/2013/12/21/jka-versi-baru-ada-uang-transpor>, diakses 21 Februari 2014.

²⁸ A. Fatah, "Jaminan Kesehatan Aceh (JKA), Strategi dan Kendala Integrasi JKA-JKN", Presentasi pada Rakernas SJSN, Jakarta, 2013.

²⁹ Taqwullah, Presentasi Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Aceh pada FGD "Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dalam Rangka Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional", Banda Aceh, 6 Mei 2014.

kesehatan pun, seperti pihak rumah sakit, puskesmas, atau klinik kesehatan turut dibingungkan dengan penerapan JKRA. Demikian pula, pihak manajemen kesehatan (Dinas Kesehatan), anggota legislatif (DPRA, DPRK), dan pengelola asuransi kesehatan (PT Askes (Persero) yang berubah menjadi BPJS Kesehatan) belum memahami Program JKN dengan baik.³⁰

Pertanyaan paling penting terkait dengan JKA adalah bagaimana integrasi atau nasib JKA?³¹ Dalam sikap resmi Pemerintah Aceh, disampaikan bahwa Pemerintah Aceh sangat mendukung implementasi JKN sesuai amanat UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN.³² Karena JKN telah meng-cover seluruh warga negara berdasarkan data yang ada di BPS, maka warga Aceh yang tidak masuk dalam data BPS tersebut akan tetap ditanggung oleh JKRA. Selain itu, JKRA juga memberikan *top-up* pelayanan dalam bentuk:

- a. Biaya transportasi pemulangan pasien rujukan baik di dalam maupun dari luar Aceh;
- b. Biaya transportasi jenazah baik di dalam maupun dari luar Aceh;
- c. Biaya pelayanan medis lain yang tidak dijamin JKN; dan
- d. Penyediaan alat kesehatan tertentu berdasarkan Surat Keputusan Gubernur.³³

Keinginan lain yang juga dipertimbangkan oleh Pemerintah Aceh adalah memberikan tambahan jasa medis jika diperlukan dan tidak melanggar peraturan perundang-undangan. Hal ini mengingat pada Pelaksana Pelayanan Kesehatan (PPK) baik di Tingkat Pertama, seperti puskesmas, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara, dan RS Kelas D Pratama atau yang setara,³⁴ maupun Tingkat Lanjutan seperti klinik utama, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus,³⁵ berdasarkan panduan praktis dinilai kurang dapat mencukupi kebutuhan hidup jasa medis.³⁶

³⁰ Syahrul, Serambi Indonesia, "Memahami JKN-JKA", 12 September 2013, <http://aceh.tribunnews.com/2013/09/12/memahami-jkn-jka>, diakses 23 Februari 2014.

³¹ *Ibid.*

³² A. Fatah, *loc. cit.*

³³ Taqwallah, *loc. cit.*

³⁴ Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 2 ayat (2).

³⁵ *Ibid.*, Pasal 2 ayat (3).

³⁶ Wawancara dengan Puskesmas Jeulingke, Banda Aceh, 7 Mei 2014.

Ada dua terminologi yang ditemui dalam pelaksanaan JKN secara nasional dan juga ditemui di dalam penerapan JKRA. Terminologi tersebut adalah kapitasi dan INA-CBG.

Kapitasi merupakan sistem pembayaran pelayanan kesehatan dimana biaya pelayanan kesehatan dibayar per kurun waktu tertentu berdasarkan jumlah orang yang terdaftar di fasilitas kesehatan itu. Sebagai contoh, Puskesmas Madapangga memiliki jumlah peserta BPJS Kesehatan yang terdaftar sebanyak 10.000 orang dimana tiap orang yang terdaftar dibayar kapitasi Rp6.000 per orang per bulan. Maka biaya pelayanan kesehatan untuk peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Madapangga adalah $10.000 \text{ orang} \times \text{Rp}6.000 = \text{Rp}60.000.000$ per bulan. Biaya tersebut dibayarkan oleh BPJS Kesehatan tanpa memperhitungkan berapa orang yang sakit di Puskesmas Madapangga setiap bulannya.³⁷

Jika menggunakan tarif tertinggi, maka tarif kapitasi di Puskesmas, RS Kelas D Pratama, Klinik Pratama atau fasilitas kesehatan yang setara sudah termasuk dokter gigi (Tabel 7). Tidak ada lagi biaya yang dikenakan kepada pasien, karena jasa konsultasi medis/jasa pelayanan sudah termasuk di dalam komponen paket kapitasi yang telah dibayarkan kepada PPK Tingkat Pertama. Dan berdasarkan Pasal 38 Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan diatur bahwa BPJS Kesehatan wajib membayar PPK Tingkat Pertama atas pelayanan yang diberikan kepada peserta, paling lambat tanggal 15 setiap bulan berjalan.

Tetapi pada kenyataannya, sampai dengan bulan Mei 2014, dana kapitasi yang telah diturunkan oleh BPJS Kesehatan tidak dapat langsung disampaikan ke PPK Tingkat Pertama karena belum ada petunjuk teknis mekanisme penyaluran. Sampai bulan Juni, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota masih memegang dana tersebut dan terus menunggu keluarnya aturan mengenai penyaluran.³⁸

³⁷ BPJS Kesehatan, *Manual Pelaksanaan JKN BPJS Kesehatan* (Jakarta: BPJS Kesehatan), hlm. 263.

³⁸ Taqwallah, *loc. cit.*

Tabel 7.

Besaran Kapitasi Pelaksana Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

No.	Fasilitas Kesehatan	Tarif
1.	Puskesmas	Rp3.000 s.d. Rp6.000
2.	RS Pratama, Klinik Pratama, Praktik Dokter	Rp8.000 s.d. Rp10.000
3.	Praktik Dokter Gigi (selain 1 dan 2)	Rp2.000,00

Sumber: Surat Edaran No. HK/Menkes/31/I/2014

Biaya pelayanan kesehatan untuk PPK Tingkat Lanjutan dibayar dengan paket INA-CBG tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.³⁹ INA-CBG adalah sistem pembayaran pelayanan kesehatan dimana besaran tarif paket layanan didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan tingkat keparahannya. Tarif paket INA-CBG sesuai dengan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia terakhir dalam Permenkes No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Tarif paket INA-CBG sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain-lain.⁴⁰

Dasar pengelompokan penyakit tersebut diambil dari 14.500 kode diagnosis penyakit dari ICD-10 (*International Classification of Disease-10*) dan 7.500 kode prosedur tindakan dari ICD-9 dikelompokkan menjadi 1.077 kode grup INA-CBG yang terdiri atas 788 kode rawat inap dan 289 kode rawat jalan. Sistem INA-CBG selama ini telah diterapkan pada pembayaran jasa asuransi kesehatan Jamkesmas.⁴¹

Pembayaran untuk PPK Tingkat Lanjutan ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan tarif penggantian sesuai paket INA-CBG untuk kelompok tarif rumah sakit yang setara di wilayah tersebut. Permasalahan yang muncul kemudian adalah kesiapan rumah sakit dalam menyediakan fasilitas, ketersediaan berbagai jenis obat, bahan habis pakai medis untuk tindakan operasi dan fasilitas pendukung lainnya dan kesiapan

³⁹ BPJS Kesehatan, *op. cit.*, hlm. 147.

⁴⁰ *Ibid.*, hlm. 149.

⁴¹ Syahrul, *loc. cit.*

sumber daya manusia. Permasalahan lain yang juga penting adalah jumlah biaya yang ditanggung pada sistem INA-CBG lebih rendah dari jumlah biaya yang ditanggung JKA berdasarkan struktur tarif pedoman pelaksana (Manlak JKA) yang sudah diterapkan selama empat tahun sejak diberlakukannya JKA.⁴²

⁴² *Ibid.*

BAB VI

PENUTUP

Dua jenis jaminan asuransi yang bersifat nasional dan daerah yaitu JKN dan JKRA mengharuskan adanya sinkronisasi dan koordinasi dari berbagai pihak pelaksana dan pengambil kebijakan sehingga seluruh masyarakat Aceh benar-benar dijamin melalui Program JKN dan JKRA dan mendapat pelayanan kesehatan pada berbagai fasilitas pemberi layanan kesehatan dimulai dari puskesmas dan klinik kesehatan sebagai PPK Tingkat Pertama sampai dengan pada RS rujukan tertinggi sebagai PPK Tingkat Lanjutan.

Sampai dengan dimulainya pelaksanaan JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, belum ada pola hubungan kerja sama BPJKA dengan BPJS Kesehatan. Permasalahan mendasar adalah *pooling* dana ke BPJS Kesehatan serta masalah koordinasi dan pengelolaan jaminan kesehatan. Untuk keperluan tersebut, harus disusun dasar hukum yang jelas atau peraturan mengenai mekanisme *pooling* premi dari pemerintah daerah kepada BPJS Kesehatan. Infrastruktur teknologi juga dihadapkan pada kendala integrasi *billing system* dimana BPJKA dan BPJS Kesehatan pada awalnya masih berjalan sendiri-sendiri dengan kepesertaan masing-masing.

Langkah pertama yang dilakukan oleh Pemerintah Aceh dalam upaya integrasi adalah melakukan validasi awal sampai dengan munculnya angka peserta awal yaitu 1,26 juta jiwa penduduk Aceh yang masuk dalam Program JKRA. Peserta susulan dilakukan didata secara bertahap melalui pendaftaran pada saat berobat di PPK Tingkat Pertama.

Program JKRA harus tetap dilaksanakan untuk masyarakat Aceh walaupun nanti seluruh masyarakatnya, sebagai bagian dari rakyat Indonesia, sudah menjadi peserta JKN. Program JKRA harus tetap berlanjut dan dilaksanakan sampai 2025-2030 atau 5-10 tahun setelah 2020. Terutama untuk percepatan pemerataan dan peningkatan kuantitas dan kualitas pelayanan medis secara

menyeluruh, merata untuk masyarakat yang mendiami 23 kabupaten/kota di Aceh.

Untuk permasalahan INA-CBG yang menyebabkan adanya selisih minus jika dibandingkan pada masa pelaksanaan JKA, maka sebaiknya digunakan pola tarif yang sama, yaitu INA-CBG yang berlaku secara nasional dengan tetap membuka peluang adanya *top-up* dari Pemerintah Aceh.

Perjanjian kerja sama yang sudah dilakukan bahkan beberapa bulan sebelum JKN dilaksanakan perlu terus dievaluasi untuk perbaikan pelaksanaan JKN. Dalam perjanjian selanjutnya perlu juga disusun pedoman pelaksana secara bersama antara Pemerintah Aceh dengan BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional sebagai lampiran dari perjanjian kerja sama.

Dengan langkah integrasi tersebut diharapkan dapat dicapai sebuah sistem asuransi kesehatan yang dapat dipahami dan dijalankan dengan baik, jelas, terukur, dan berkualitas dengan sistem *monitoring* dan evaluasi yang jelas. Suatu sistem asuransi kesehatan yang utuh dan profesional untuk kepentingan pembiayaan dan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat yang membutuhkan dan dapat diterima oleh semua pihak.

Penduduk di Aceh diharapkan akan terus mendapat akses dan jaminan pelayanan kesehatan secara cepat dan menyeluruh dan dapat dipergunakan di Aceh maupun seluruh Indonesia pada berbagai unit, puskesmas, rumah sakit, atau pusat pemberi jasa pelayanan kesehatan sesuai sistem dan peraturan rujukan kesehatan yang berlaku. Masyarakat Aceh tidak perlu lagi memikirkan biaya perawatan dan pengobatan jika mengalami gangguan atau menderita suatu penyakit tertentu.

DAFTAR PUSTAKA

- BPJS Kesehatan. NA. *Manual Pelaksanaan JKN BPJS Kesehatan.* Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Aceh. 2011. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh.* Banda Aceh: Dinas Kesehatan Aceh.
- IBP Indonesia Core Team. 2012. *Jamkesmas dan Program Jaminan Kesehatan Daerah.* Jakarta: Perkumpulan Inisiatif.
- Jaringan Dokumentasi dan Informasi Hukum. 2012. *Jaminan Kesehatan Masyarakat.* Jakarta: BPK.
- Kemko Kesra. 2006. *Reformasi Sistem Jaminan Sosial di Indonesia.* Jakarta: Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia.

Peraturan

- UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 2 ayat (2).
- Peraturan Gubernur Aceh No. 56 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh, Pasal 2.

Makalah

- Fatah, A. "Jaminan Kesehatan Aceh (JKA), Strategi dan Kendala Integrasi IKA-IKN" Presentasi pada 

Taqwallah, Presentasi Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Aceh pada FGD "Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Rangka Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional", Banda Aceh, 6 Mei 2014.

Thabranly, H. "Sejarah Asuransi Kesehatan", Materi Kuliah UI, hlm. 1.

Website

Ilham, F. dan Yogiantoro, S. "Perpaduan JKA dan Jamkesmas - Menggratiskan Pelayanan Kesehatan Seluruh Penduduk Aceh", http://www.jamsosindonesia.com/cetak/print_externallink/646/#sthash.9QDidcTS.dpuf, diakses 10 Februari 2014.

Serambi Indonesia, "JKA Versi Baru Ada Uang Transpor", 21 Desember 2013, <http://aceh.tribunnews.com/2013/12/21/jka-versi-baru-ada-uang-transpor>, diakses 21 Februari 2014.

Syahrul, Serambi Indonesia, "Memahami JKN-JKA", 12 September 2013, <http://aceh.tribunnews.com/2013/09/12/memahami-jkn-jka>, diakses 23 Februari 2014.

Wawancara

Wawancara dengan Puskesmas Jeulingke, Banda Aceh, 7 Mei 2014.

Wawancara dengan Taqwallah, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, 6 Mei 2014.

TRANFORMASI PT ASKES (PERSERO) MENJADI BPJS KESEHATAN DAN DAMPAKNYA PADA KEPUASAN PESERTA BPJS KESEHATAN EKS ASKES

oleh: Sulis Winurini*

BAB I PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak asasi manusia yang harus dilindungi dan dipenuhi oleh negara. Pasal 25 ayat (1) Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tentang Hak-Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa setiap orang berhak atas derajat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan atas diri sendiri beserta keluarga, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial. Setiap orang juga berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan hilangnya atau kurangnya pendapatan, yang berada di luar kekuasaannya. Berdasarkan Deklarasi tersebut, pasca Perang Dunia II beberapa negara mengambil inisiatif untuk mengembangkan jaminan sosial, antara lain jaminan kesehatan bagi semua penduduk (*Universal Health Coverage*). Dalam sidang ke-58 tahun 2005 di Jenewa, *World Health Assembly* (WHA) menggarisbawahi perlunya pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin tersedianya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan pelindungan kepada mereka terhadap risiko keuangan. WHA ke-58 mengeluarkan resolusi yang menyatakan bahwa pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan melalui *Universal Health Coverage* diselenggarakan melalui

* Peneliti bidang Psikologi di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI, e-mail: winurini@yahoo.com.

mekanisme asuransi kesehatan sosial. WHA juga menyarankan kepada WHO agar mendorong negara-negara anggota untuk mengevaluasi dampak perubahan sistem pembiayaan kesehatan terhadap pelayanan kesehatan ketika mereka bergerak menuju *Universal Health Coverage*.¹

Di Indonesia, kesehatan termasuk dalam unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.² Sejak awal kemerdekaan, negara telah menyadari kewajibannya untuk melindungi dan memenuhi hak rakyat atas kesehatan. Ketika Indonesia berbentuk Republik Indonesia Serikat (RIS) tahun 1949, ada penegasan melalui Pasal 40 Konstitusi RIS yang mengatakan bahwa penguasa senantiasa berusaha dengan sungguh-sungguh memajukan kebersihan umum dan kesehatan rakyat.³ Kini, hak rakyat atas kesehatan telah dinyatakan sebagai bagian dari hak asasi manusia. Pasal 4 UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Amandemen Kedua UUD RI 1945, yaitu Pasal 28 H ayat (1) kemudian menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.⁴ Ketentuan tersebut kemudian dilaksanakan dengan merevisi UU No. 23 Tahun 1992 menjadi UU No. 36 Tahun 2009. UU No. 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.⁵

Dalam rangka merealisasikan amanat konstitusi dan komitmen global terkait pemenuhan hak atas kesehatan, pemerintah mengeluarkan

¹ Kemenkes, *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

² UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

³ I. Perwira, "Memahami Kesehatan Sebagai Hak Asasi Manusia", https://www.academia.edu/4782379/Memahami_Kesehatan_Sebagai_Hak_Asasi_Manusia_Oleh_Indra_Perwira, diakses 5 Juli 2014.

⁴ UUD 1945.

⁵ UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

beberapa program jaminan kesehatan bagi kesehatan perorangan dan menjadikannya prioritas di dalam program jaminan sosial. Beberapa program jaminan kesehatan yang dimaksud yaitu Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) PT Askes bagi tenaga kerja swasta, Asuransi Kesehatan PT Askes (Persero) bagi PNS/Penerima Pensiu/Perintis Kemerdekaan/Veteran dan anggota keluarganya.⁶ Selain itu, ada lagi program jaminan kesehatan yang tertuju bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Melalui Kementerian Kesehatan, pemerintah memberikan mereka jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).⁷ Program-program tersebut telah dijalankan selama beberapa dekade terakhir. Namun dalam pelaksanaannya, program-program tersebut dirasa memiliki keterbatasan. Skema-skema di dalam program-program tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanannya sulit terkendali.⁸ Selain itu, layaknya program jaminan sosial yang ada pada saat itu, jaminan kesehatan hanya mencakup sebagian kecil masyarakat, sementara sebagian besar rakyat lainnya belum memperoleh pelindungan yang memadai. Sementara untuk para pesertanya sendiri, pelaksanaan program jaminan kesehatan belum mampu memberikan pelindungan yang adil dan sesuai dengan manfaat program yang menjadi hak mereka.⁹

Dilatarbelakangi permasalahan-permasalahan tersebut diatas, UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) diundangkan. UU SJSN menekankan perluasan jaminan sosial kepada seluruh masyarakat Indonesia. Penyelenggaraan berbagai bentuk program jaminan sosial, termasuk program jaminan kesehatan, yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara diharapkan dapat berjalan secara terpadu dan bersifat menyeluruh, artinya dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta.¹⁰ Dengan sistem tersebut, setiap penduduk Indonesia diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak. Melalui kepesertaannya di dalam asuransi kesehatan sosial, mereka dapat mendapatkan manfaat yang komprehensif

⁶ Penjelasan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

⁷ Kemenkes, *loc. cit.*

⁸ *Ibid.*

⁹ Penjelasan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

¹⁰ *Ibid.*

dengan premi terjangkau. Mereka juga dapat mendapatkan pelayanan bermutu dan memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali, bukan "terserah dokter" atau "terserah rumah sakit."¹¹

Era baru bagi pembangunan kesehatan Indonesia semakin nyata terasa ketika keberadaan BPJS sebagai penyelenggara SJSN ditegaskan dalam UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Keberadaan UU BPJS membawa perubahan radikal di dalam Sistem Jaminan Sosial di Indonesia. Perubahan mendasar yang diamanatkan UU BPJS adalah transformasi empat BPJS, yaitu PT Askes, PT Jamsostek, PT Taspen dan PT Asabri menjadi satu lembaga, yaitu BPJS.¹² Program-program jaminan kesehatan yang telah diselenggarakan oleh pemerintah selama ini, yaitu program asuransi kesehatan untuk PNS dan pensiunan PNS, program Jamkesmas dan Jamkesda untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, program jaminan kesehatan untuk pegawai negeri anggota TNI dan Polri, serta program JPK Jamsostek untuk para pekerja, dialihkan kepada BPJS Kesehatan, dan menjadi satu program, yaitu program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).¹³ Tidak hanya berkenaan pada aspek kelembagaan dan kepesertaan, perubahan terjadi pada seluruh aspek, termasuk manfaat pelayanan, mekanisme penyelenggaraan, manajemen pembiayaan dan administrasi serta lain sebagainya.

Bagi peserta, terutama mereka yang pernah menggunakan program jaminan kesehatan sebelum BPJS Kesehatan, perubahan-perubahan di dalam BPJS Kesehatan akan memengaruhi kepuasan mereka. Menurut Hunt (1977) dan Westbrook (1980), kepuasan pelanggan adalah kecendrungan individu mengevaluasi hasil dan pengalaman sehubungan dengan aktivitas konsumsi (terhadap produk atau jasa/pelayanan).¹⁴ Jika menurut *Expectancy Disconfirmation Theory* (EDT), kepuasan pelanggan berkenaan dengan evaluasi individu terhadap kesesuaian antara ekspektasi dengan realita berupa pengalaman aktual

¹¹ Kemenkes, *loc. cit.*

¹² C. H. Situmorang, *Reformasi Jaminan Sosial Di Indonesia, Transformasi BPJS: Indahnya Harapan, Pahitnya Kegagalan* (Jakarta: Cinta Indonesia, 2013), hal 182.

¹³ "Transformasi BPJS", <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/387>, diakses pada 5 Juli 2014.

¹⁴ V. Martinez-Tur, *et al.*, "Justice Perceptions as Predictors of Customer Satisfaction: The Impact of Distributive, Procedural, and Interactional Justice", *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 36, No. 1, 2006, hlm. 100–119.

mengenai jasa/pelayanan atau produk yang diterima. Ketika realita tidak dapat memenuhi ekspektasi, maka muncul ketidakpuasan. Sebaliknya, ketika realita sama atau melebihi ekspektasi, maka muncul kepuasan.¹⁵ Sementara itu, jika menurut *Justice Perception Theory* (JPT), kepuasan pelanggan juga ditentukan oleh persepsi keadilan yang dibentuk pelanggan. Menurut JPT, persepsi pelanggan terhadap keadilan atas hasil, proses pencapaian hasil dan perlakuan interpersonal di dalam produk atau jasa/pelayanan menjadi prediktor terhadap munculnya kepuasan pelanggan.¹⁶

Bagi BPJS Kesehatan, kepuasan peserta termasuk hal yang utama dan memiliki bobot dalam sasaran pencapaian kinerja. Sebagaimana disebutkan *Road Map* JKN BPJS Kesehatan Tahun 2014–2019, salah satu sasaran BPJS Kesehatan adalah peserta yang menyatakan puas terhadap layanan BPJS Kesehatan dan layanan fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS Kesehatan paling sedikit ada sebanyak 75 persen di tahun 2014, sementara di tahun 2019, paling sedikit ada sebanyak 85 persen.¹⁷ Tampaknya, meskipun baru beroperasi di awal tahun 2014, BPJS Kesehatan sudah memiliki tuntutan tinggi terkait kepuasan peserta. Hal ini dapat dipahami karena setiap kebijakan yang tertuang dalam setiap aspek pelayanan kesehatan pada akhirnya ditujukan untuk kepentingan peserta. Evaluasi dari sudut pandang peserta tidak dapat dikesampingkan karena mereka inilah yang merasakan kualitas layanan BPJS Kesehatan secara langsung. Puas atau tidaknya mereka terhadap layanan BPJS Kesehatan menggambarkan seberapa jauh pencapaian BPJS Kesehatan dalam memberikan layanan.

Pada praktiknya, kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa pelaksanaan program JKN BPJS Kesehatan banyak dikeluhkan oleh sebagian peserta, khususnya peserta yang dulunya menggunakan Askes. Yuswarni, salah satu peserta eks Askes yang kini menggunakan BPJS Kesehatan menggambarkan penilaianya terhadap BPJS Kesehatan, yaitu sebagai berikut:¹⁸

¹⁵ N. Elkhani, A. Bakri, "Review on "Expectancy Disconfirmation Theory" (EDT) Model in B2C E-Commerce", *Journal of Information Systems Research and Innovation*, Vol. 2, Desember 2012, hlm. 95–102.

¹⁶ V. Martinez-Tur, *et al.*, *loc. cit.*

¹⁷ C. H. Situmorang, *op. cit.*, hlm. 251–252.

¹⁸ "Pasien Merasa Lebih Nyaman Pakai Askes Ketimbang BPJS", <http://healthokezone.com/read/2014/03/26/482/961110/pasien-merasa-lebih-nyaman-pakai-askes-ketimbang-bpjjs>, diakses 15 Juli 2014.

"Saya itu pelanggan setia RSUD. Padahal, penggunaan Askes seperti dulu sudah nyaman. Tapi sekarang, pemberlakuan BPJS antrean makin panjang. Prosesnya empat kali ke meja pendaftaran, datang jam 06.00 WIB, dapat antrean nomor 140 dan baru dapat dilayani jam 10.00 WIB. Maklumlah, usia sudah tua. Kita minta agar lebih cepat dapat pelayanan. Jika dulu Askes lebih diutamakan dalam pelayanan. Sebab, kita adalah pensiunan pegawai negeri yang dulu sudah bekerja untuk masyarakat. Tapi sekarang saat kita membutuhkan jaminan kesehatan direpotkan. Coba saja lihat antreannya di RSUD, kayak ular atau ada 10 jalur. Saya cuma minta, agar setelah kebijakan ini agar antreannya bisa dipersingkat."

Yuswarni hanya satu dari sekian banyak peserta BPJS Kesehatan, tetapi pengalamannya mengenai pelaksanaan program JKN BPJS Kesehatan merupakan representasi dari pengalaman sebagian peserta lainnya. Berdasarkan apa yang dialami Yuswarni, mereka yang tergolong peserta Askes, sudah memiliki standar ekspektasi tertentu terhadap layanan JKN. Standar ekspektasinya tersebut berkaitan dengan pengalamannya selama menjadi peserta Askes. Ketika Askes berganti menjadi JKN, mereka tidak hanya berekspektasi mendapatkan jaminan kesehatan untuk seumur hidup. Lebih dari itu, mereka berekspektasi JKN dapat lebih baik dibandingkan dengan Askes atau setidaknya sama dengan Askes. Sejalan dengan prinsip keadilan yang melekat pada BPJS Kesehatan, kepuasan mereka perlu mendapat perhatian yang sama seperti peserta lainnya. Pemahaman atas kepuasan mereka menjadi cara untuk mengevaluasi kinerja BPJS Kesehatan supaya BPJS Kesehatan mampu menjawab tuntutan yang tertuang di dalam *Road Map* JKN Tahun 2014–2019.

Berdasarkan pemaparan tersebut di atas, ada beberapa pertanyaan masalah yang akan diangkat melalui tulisan ini, yaitu: Bagaimana transformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan? Perubahan-perubahan apa saja yang dilakukan BPJS Kesehatan untuk memperbaiki sistem jaminan kesehatan di Indonesia? Bagaimana dampak perubahan-perubahan tersebut terhadap kepuasan peserta eks Askes? Tujuan dari tulisan ini adalah untuk menggambarkan transformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan, menggambarkan perubahan-perubahan yang terjadi di dalamnya, serta menggambarkan dampaknya terhadap kepuasan peserta eks Askes.

Untuk mendapat gambaran tentang transformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan serta perubahan-perubahan yang terjadi di dalamnya, peneliti menggunakan metode tinjauan pustaka, yaitu dengan meninjau data-data sekunder dari buku, undang-undang, peraturan perundang-undangan, dan lain sebagainya. Sementara untuk mendapatkan gambaran tentang kepuasan peserta eks Askes secara utuh, peneliti menggunakan metode kualitatif. Dalam pelaksanaannya, dilakukan wawancara kepada lima orang partisipan yang merupakan peserta BPJS Kesehatan dengan karakteristik pernah menjadi peserta Askes dan memiliki pengalaman menggunakan layanan JKN BPJS Kesehatan.

BAB II

KERANGKA TEORI

A. Kepuasan Pelanggan

Menurut Hunt (1977) dan Westbrook (1980), kepuasan pelanggan adalah kecendrungan individu (pelanggan) mengevaluasi hasil dan pengalaman sehubungan dengan aktivitas konsumsi (terhadap produk atau jasa/pelayanan).¹⁹ Ada beberapa teori yang menjelaskan mengenai kepuasan pelanggan.

Pertama, Expectancy Disconfirmation Theory (EDT). Ada empat komponen yang diperhatikan di dalam EDT, yaitu ekspektasi, tampilan *output* yang diterima, berupa produk atau jasa/pelayanan, diskonfirmasi, dan kepuasan. Ekspektasi adalah antisipasi pelanggan terhadap tampilan produk atau jasa/pelayanan. Tampilan *output* adalah pengalaman pelanggan setelah menggunakan produk atau jasa/pelayanan yang dapat saja lebih baik atau lebih buruk daripada ekspektasi pelanggan. Tampilan *output* ini didasarkan pada tingkat absolut dari hasil yang dirasakan. Diskonfirmasi adalah perbedaan antara ekspektasi awal pelanggan dengan tampilan aktual dari produk atau jasa/pelayanan. Ketika tampilan aktual dari suatu produk atau jasa/pelayanan tidak dapat memenuhi ekspektasi pelanggan, diskonfirmasi negatif akan terjadi dan menyebabkan pelanggan menjadi tidak puas. Diskonfirmasi positif terjadi apabila tampilan produk atau jasa/pelayanan melebihi ekspektasi pelanggan sehingga menyebabkan kepuasan pelanggan. Ketika tidak ada perbedaan antara ekspektasi dengan tampilan aktual dari suatu produk atau jasa/pelayanan, maka diskonfirmasi sederhana terjadi.²⁰

Kedua, Justice Perception Theory (JPT). Menurut JPT, persepsi pelanggan terhadap keadilan menentukan tingkat kepuasan mereka terhadap produk atau layanan yang mereka terima. Teori keadilan

¹⁹ V. Martinez-Tur, *et al.*, *loc. cit.*

²⁰ N. Elkhani, A. Bakri, *loc. cit.*

membedakan tiga dimensi keadilan, yaitu keadilan distributif, keadilan prosedural, dan keadilan interaksional. Teori keadilan distributif menyatakan bahwa persepsi keadilan mengacu pada evaluasi pelanggan terhadap keadilan pada hasil yang diperoleh. Dalam hal ini, aspek interpersonal relatif diabaikan karena distributif hasil dikonseptualisasikan hanya dalam *outcome oriented terms*. Sebaliknya, *relationship-oriented to social exchange approach* hadir dalam konsep keadilan prosedural dan interaksional. Keadilan prosedural menyatakan bahwa persepsi keadilan mengacu pada proses mencapai hasil, sementara keadilan interaksional menyatakan bahwa persepsi keadilan mengacu pada perlakuan interpersonal di dalam produk atau jasa/pelayanan.²¹

Berdasarkan dua teori tersebut di atas, kepuasan muncul sebagai hasil dari proses evaluasi yang dilakukan pelanggan sehubungan dengan aktivitas konsumsi jasa/layanan atau produk. Komponen yang terlibat di dalam proses evaluasi tersebut adalah ekspektasi, realita berupa pengalaman yang diterima, kesesuaian antara ekspektasi dengan realita, dan persepsi terhadap keadilan.

B. Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN. JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.²²

Dibandingkan dengan asuransi komersial, asuransi kesehatan sosial di dalam JKN memiliki beberapa kelebihan, antara lain:²³

Asuransi Sosial	Asuransi Komersial
Kepersertaan bersifat wajib (untuk semua penduduk)**	Kepersertaan bersifat sukarela
Nonprofit	Profit
Manfaat komprehensif	Manfaat sesuai dengan premi yang dibayarkan

** berpotensi mencakup 100 persen penduduk (*universal coverage*) dan relatif dapat menekan peningkatan biaya pelayanan kesehatan.

²¹ V. Martinez-Tur, , *et al., loc. cit.*

²² Kemenkes, *loc. cit.*

²³ *Ibid.*

Pelaksanaan JKN didasari atas prinsip-prinsip yang terkandung di dalam SJSN, yaitu sebagai berikut:²⁴

1. Prinsip kegotong-royongan

Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong-royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotong-royongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi keseluruhan rakyat Indonesia.

2. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan mencari laba (nirlaba) bagi BPJS, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta

3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas

Prinsip-prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4. Prinsip portabilitas

Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5. Prinsip kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri sehingga pada akhirnya SJSN dapat mencakup seluruh rakyat.

²⁴ UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

6. Prinsip dana amanat

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

7. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

BAB III

PEMBAHASAN

Asuransi Kesehatan (Askes) merupakan skema jaminan kesehatan pertama di Indonesia. Pengelolaannya ditujukan untuk pegawai negeri. Pada awalnya, pengelolaan Askes dilakukan oleh satu badan khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI, yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK). Premi untuk jaminan kesehatan yang dikelola BPDPK pada saat itu adalah sebesar lima persen dari gaji pokok dengan model manfaat berbentuk *reimbursement* serta benefit tidak terbatas. Kemudian pada tahun 1985, BPDPK berubah status menjadi Perum Husada Bhakti. Salah satu perubahan yang terasa adalah perluasan cakupan peserta; apabila sebelumnya hanya mencakup PNS dan Penerima Pensiunan (PP), maka dengan perubahan status kelembagaan, cakupan peserta meluas dengan tambahan Veteran/Perintis Kemerdekaan, Pensiunan TNI/Polri beserta anggota keluarganya. Semenjak tahun 1977, premi berubah menjadi dua persen dari gaji pokok dengan manfaat berbentuk *managed care* dan komprehensif.²⁵

Seiring dengan kebutuhan perubahan pada saat itu, Perum Husada Bhakti berubah menjadi PT Askes (Persero). Dalam hal kepesertaan, dengan perubahan tersebut, pegawai badan usaha dapat menjadi bagian peserta PT Askes (Persero). Mengenai bentuk iuran dan manfaat yang dijamin, PT Askes (Persero) hanya menambahkan bentuk premi nominal pada peserta badan usaha.²⁶ Kini, sesuai amanat UU No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS, terhitung per tanggal 1 Januari 2014, PT Askes (Persero) dilebur menjadi BPJS Kesehatan bersamaan dengan badan penyelenggara jaminan kesehatan lainnya. Peleburan beberapa badan penyelenggara jaminan kesehatan menjadi BPJS Kesehatan merupakan

²⁵ A. N. Shihab, *BPJS: Jalan Panjang Mewujudkan Sistem Jaminan Sosial Nasional* (Jakarta: Cinta Indonesia, 2013), hlm. 23.

²⁶ *Ibid.*, hlm. 24.

pembenahan sistem jaminan kesehatan di Indonesia. Pembenahan yang dimaksud tidak hanya berkenaan dengan aspek kelembagaan, tetapi juga aspek pendanaan, kepesertaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pembenahan ini ditujukan untuk kepentingan semua peserta BPJS Kesehatan, termasuk peserta yang sebelumnya menggunakan Askes. Subbab berikut akan menjelaskan pembenahan yang dilakukan BPJS Kesehatan untuk memperbaiki sistem jaminan kesehatan di Indonesia. Subbab selanjutnya akan menjelaskan dampak pembenahan sistem jaminan kesehatan terhadap kepuasan peserta yang sebelumnya menggunakan Askes.

A. Perbaikan Sistem Jaminan Kesehatan Indonesia melalui Transformasi PT Askes (Persero) Ke BPJS Kesehatan

Salah satu tujuan BPJS Kesehatan adalah memberikan manfaat jaminan kesehatan yang komprehensif kepada setiap pesertanya. Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan menjelaskan beberapa manfaat yang didapatkan peserta BPJS Kesehatan, yaitu sebagai berikut:

Pasal	Penjelasan
Pasal 20 ayat (1)	Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat dan bahan medis yang diperlukan.
Pasal 20 ayat (2)	Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas manfaat medis dan manfaat nonmedis.
Pasal 20 ayat (3)	Manfaat medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan.
Pasal 20 ayat (4)	Manfaat nonmedis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi manfaat akomodasi dan ambulans.
Pasal 20 ayat (5)	Manfaat akomodasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditentukan berdasarkan skala besaran iuran yang dibayarkan.
Pasal 20 ayat (6)	Ambulans sebagaimana dimaksud pada ayat (4) hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Pasal 21 ayat (1)	Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan: a) penyuluhan kesehatan perorangan; b) imunisasi dasar; c) keluarga berencana; dan d) skrining kesehatan.
Pasal 21 ayat (2)	Penyuluhan kesehatan perorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
Pasal 21 ayat (3)	Pelayanan imunisasi dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi <i>Baccile Calmett Gierin</i> (BCG), difteri pertusis dan hepatitis-B (DPT-HB), polio, dan campak.
Pasal 21 ayat (4)	Pelayanan keluarga berencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.
Pasal 21 ayat (6)	Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.
Pasal 22 ayat (1)	Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas: a) pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan nonspesialistik yang mencakup: 1) administrasi pelayanan; 2) pelayanan promotif dan preventif; 3) pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis; 4) tindakan medis nonspesialistik, baik operatif maupun nonoperatif; 5) pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; 6) transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis; 7) pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan 8) rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi. b) pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup: 1) rawat jalan yang meliputi administrasi pelayanan, pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspesialis, tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, pelayanan alat kesehatan implan, pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai

Transformasi PT. Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan

	<p>dengan indikasi medis, rehabilitasi medis, pelayanan darah, pelayanan kedokteran forensik, dan pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan;</p> <p>2) rawat inap yang meliputi: perawatan inap nonintensif, dan perawatan inap di ruang intensif.</p> <p>c) pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.</p>
Pasal 22 ayat (2)	Dalam hal pelayanan kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c telah ditanggung dalam program pemerintah, maka tidak termasuk dalam pelayanan kesehatan yang dijamin.
Pasal 22 ayat (3)	Dalam hal diperlukan, selain pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) peserta juga berhak mendapatkan pelayanan berupa alat bantu kesehatan.
Pasal 22 ayat (4)	Jenis dan plafon harga alat bantu kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Menteri.
Pasal 23	<p>Manfaat akomodasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (5) berupa layanan rawat inap sebagai berikut:</p> <p>a) ruang perawatan kelas III bagi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Peserta PBI jaminan kesehatan, dan 2) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III; <p>b) ruang perawatan kelas II bagi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) PNS dan penerima pensiun PNS gol ruang 1 dan gol ruang II beserta anggota keluarganya; 2) Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara PNS gol ruang I dan gol ruang II beserta anggota keluarganya; 3) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara PNS gol ruang 1 dan gol ruang II beserta anggota keluarganya; 4) Pegawai Pemerintah Non-Pegawai Negeri yang setara PNS gol ruang I dan gol ruang II beserta anggota keluarganya; 5) Peserta Pekerja Penerima Upah bulanan sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan 6) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.

	<p>c) ruang perawatan kelas I bagi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pejabat Negara dan anggota keluarganya; 2) PNS dan penerima pensiun PNS gol ruang III dan gol ruang IV beserta anggota keluarganya; 3) Anggota TNI dan penerima pensiun anggota TNI yang setara PNS gol ruang III dan gol ruang IV beserta anggota keluarganya; 4) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara PNS gol ruang III dan gol ruang IV beserta anggota keluarganya; 5) Pegawai Pemerintah Non-Pegawai Negeri yang setara PNS gol ruang III dan gol ruang IV beserta anggota keluarganya; 6) Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
	<ol style="list-style-type: none"> 7) Peserta Pekerja Penerima Upah bulanan lebih dari 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak beserta anggota keluarganya; dan 8) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.
Pasal 24	Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.
Pasal 32 ayat (1)	Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk Peserta Jaminan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan berpedoman pada daftar dan harga obat, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri.

Pada prinsipnya, pelayanan kesehatan yang ditawarkan BPJS Kesehatan dengan PT Askes (Persero) tidak jauh berbeda. Mengacu pada PBM Menkes Dan Mendagri No. 138/MENKES/PB/II/2009, tampak bahwa cakupan paket manfaat yang ditawarkan, baik JKN maupun Askes, sama-sama bersifat menyeluruh, yaitu mulai dari pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, termasuk juga mencakup pelayanan obat dan bahan medis yang diperlukan. Tidak hanya medis, paket manfaat juga mencakup nonmedis (akomodasi atau rawat inap). Jenis pelayanan yang diterima sebelum dan

sesudah menjadi peserta BPJS Kesehatan juga hampir sama, yaitu mulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama hingga pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Berbeda dengan Askes, paket manfaat JKN juga mencakup pelayanan jenazah.

Dalam hal penerimaan manfaat layanan kesehatan, BPJS Kesehatan memperlakukan semua pesertanya secara sama. Hal ini dapat dipahami karena JKN yang dikelola BPJS Kesehatan memang bertujuan untuk menghilangkan fragmentasi dari berbagai jaminan kesehatan yang ada, baik dalam aspek peserta, penyelenggara, sumber pendanaan, serta manajemen. Tujuan seperti inilah yang menjadi dasar perbaikan pelayanan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Dalam aspek peserta dan penyelenggara, sebelum BPJS Kesehatan lahir, PNS, pejabat negara, pensiunan PNS, pensiunan TNI-Polri dan Veteran dilayani oleh Askes. TNI/Polri dan PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan/Polri dilayani oleh unit pelayanan kesehatan TNI/Polri. Tenaga kerja dalam hubungan kerja dan tenaga kerja di luar hubungan kerja dilayani oleh Jamsostek. Kemudian masyarakat miskin dilayani oleh Jamkesmas serta Jamkesda bagi masyarakat daerah tertentu yang tidak mendapat Jamkesmas.²⁷ Untuk ke depannya, kepesertaan BPJS Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk. Paling lambat tanggal 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia yang diperkirakan ada sekitar 257,5 juta jiwa, telah menjadi peserta BPJS Kesehatan.²⁸

Kini, setelah berbagai badan penyelenggara jaminan kesehatan tersebut dilebur menjadi satu, yaitu BPJS Kesehatan, secara otomatis seluruh peserta menjadi peserta BPJS Kesehatan. Dengan menghapus fragmentasi kepesertaan dan penyelenggaraan, maka setiap peserta memiliki hak yang sama dengan peserta lainnya dalam hal penerimaan manfaat layanan medis. Perbedaan yang didasarkan atas skala besaran iuran yang dibayarkan hanya berdampak pada penggunaan layanan rawat inap. Ketentuan penggunaan layanan rawat inap bagi peserta BPJS Kesehatan eks Askes tidak berbeda dengan ketika mereka menjadi peserta Askes, yaitu mulai dari ruang perawatan kelas II hingga ruang perawatan kelas I (tergantung dari golongan/pangkat atau besaran iuran yang dikeluarkan dari gajinya). Ruang perawatan kelas III hanya untuk peserta PBI dan

²⁷ *Ibid.*, hlm. 38–39.

²⁸ Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

peserta pekerja bukan penerima upah serta peserta bukan pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.

Selanjutnya adalah masalah fragmentasi pada aspek pendanaan. Sebelum dikelola BPJS Kesehatan, jaminan kesehatan untuk PNS dan pejabat negara berasal dari iuran peserta dan pemerintah selaku pemberi kerja. Dana yang digunakan adalah dana APBN bagi PNS dan pejabat negara pusat serta APBD bagi PNS dan pejabat negara daerah. Alokasi APBN juga menjadi sumber pendanaan bagi jaminan sosial dengan segmen peserta TNI/Polri serta sumber pendanaan bagi peserta Jamkesmas. Bagi peserta Jamkesda, jaminan kesehatan didanai oleh Pemerintah Provinsi, Kabupaten/Kota melalui APBD. Sementara jaminan kesehatan untuk tenaga kerja memiliki perbedaan. JPK Jamsostek mendapat sumber pendanaan untuk tenaga kerja dalam hubungan kerja dari pemberi kerja. Sedangkan sumber pendanaan tenaga kerja di luar hubungan kerja (pekerja mandiri) berasal dari tenaga kerja yang bersangkutan.²⁹

Ketika jaminan kesehatan dikelola satu pintu, yaitu BPJS Kesehatan, perbedaan sumber pendanaan didasarkan atas sifat kepesertaan. Apabila peserta tergolong PBI (Penerima Bantuan Iuran), maka iuran jaminan kesehatan dibayar oleh pemerintah. Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja penerima upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja. Sementara iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dibayar oleh peserta yang bersangkutan.³⁰ Khususnya untuk peserta BPJS Kesehatan yang sebelumnya berasal dari Askes, yaitu PNS dan Penerima Pensiun, permasalahan sumber pendanaan tidak jauh berbeda ketika mereka menjadi peserta Askes. Baik sebelum maupun sesudah menjadi peserta BPJS Kesehatan, jumlah iuran yang mereka keluarkan secara pribadi untuk jaminan kesehatan adalah dua persen dari gaji pokok. Selain itu, untuk JKN BPJS Kesehatan, pemerintah selaku pemberi kerja menambahkan tiga persen sehingga total besaran iuran yang dikeluarkan untuk peserta eks Askes adalah lima persen dari gaji pokok.³¹

Perbedaan dalam aspek pendanaan lebih kepada perubahan besaran pengalokasian APBN bagi peserta BPJS Kesehatan. Hal

²⁹ A. N. Shihab, *op. cit.*, hlm. 39–40.

³⁰ Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

³¹ *Ibid.*

ini karena jumlah peserta yang didanai pemerintah akan terus meningkat. Tidak hanya PNS yang jumlahnya terus bertambah, terutama PBI yang didanai secara menyeluruh oleh pemerintah, jumlahnya akan terus meningkat. *Road Map* JKN Tahun 2012-2019 menyebutkan bahwa pada tahun 2019, seluruh penduduk Indonesia mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan. Penekanan konsep BPJS adalah pembiayaan layanan kesehatan yang mengacu pada sistem berkeadilan. Penduduk yang berpenghasilan rendah membayar iuran dengan nilai nominal yang lebih kecil. Sementara bagi penduduk yang berpenghasilan tinggi, nilai nominal iuran yang dibayar lebih besar, tetapi persentase upah/penghasilan relatif sama. Dengan demikian, terjadi subsidi silang antara mereka yang lebih kaya kepada yang lebih miskin, yang muda kepada yang tua dan yang sehat kepada yang sakit.³²

Lebih lanjut adalah mengenai manajemen pembiayaan dan administrasi. Sebelum bertransformasi ke dalam BPJS Kesehatan, PT Askes (Persero) menggunakan mekanisme kontrak dengan PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan). PPK adalah fasilitas pelayanan kesehatan bagi peserta Askes dan anggota keluarganya, yang terdiri atas: 1) PPK tingkat pertama, yaitu Puskesmas, Puskesmas Keliling, Puskesmas Pembantu, Poskesdes/Polindes, Rumah Bersalin, dan Dokter Keluarga; serta 2) PPK tingkat lanjutan yaitu Balkesmas dan Rumah Sakit Daerah. Dalam pelaksanaannya, Askes melakukan pembayaran kepada PPK atas biaya jasa sarana dan jasa pelayanan yang telah diberikan.

Untuk PPK tingkat pertama, pembayaran biaya pelayanan kesehatan dilakukan dengan menggunakan sistem kapitasi untuk rawat jalan dan/atau sistem paket untuk rawat inap. Sementara itu, biaya untuk PPK lanjutan ditetapkan berdasarkan tarif paket yang terdiri dari tarif paket rawat jalan tingkat lanjutan, tarif paket rawat inap dan tarif pelayanan di luar paket dan meliputi tarif jasa sarana dan jasa pelayanan.³³

³² C. H. Situmorang, *op. cit.*, hlm. 256-259.

³³ Peraturan Bersama Menteri Kesehatan Republik Indonesia dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia No. 138/Menkes/PB/II/2009 tentang Pedoman Tarif Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PT Askes (Persero) dan Anggota Keluarganya di Puskesmas, Balai Kesehatan Masyarakat, dan Rumah Sakit Daerah.

Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan seperti rawat jalan dan rawat inap tingkat lanjutan, pelayanan gawat darurat, pelayanan persalinan dan pelayanan luar paket di dalam Askes adalah dengan cara iur biaya (*cost sharing*). Iur biaya adalah pembebanan sebagian biaya pelayanan kesehatan kepada peserta dan/atau anggota keluarganya. Besaran iur biaya maksimum yang dikenakan kepada peserta ditetapkan berdasarkan selisih tarif rumah sakit yang berlaku sesuai dengan kesepakatan antara rumah sakit dengan Askes, dikurangi dengan tarif maksimum yang telah ditetapkan oleh pemerintah sesuai dengan PBM Menkes dan Mendagri untuk Rumah Sakit Umum Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan RI untuk Rumah Sakit Vertikal.³⁴

Permasalahannya, tidak semua badan penyelenggara jaminan kesehatan menggunakan mekanisme yang sama seperti Askes. Perbedaan mekanisme pembayaran ke PPK, mekanisme klaim, besaran dan sistem tarif antara satu badan penyelenggara dengan yang lainnya kemudian diatasi BPJS Kesehatan dengan membuat satu mekanisme pembiayaan dan administrasi yang sama untuk diterapkan kepada semua peserta. Berkenaan dengan penyelenggara pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan tidak menggunakan istilah PPK, melainkan fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan yang menjadi penyelenggara pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan adalah fasilitas kesehatan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, yaitu fasilitas kesehatan yang memenuhi persyaratan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk JKN BPJS Kesehatan hukumnya wajib bagi fasilitas kesehatan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan, tetapi belum bersifat wajib bagi fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan.

Lebih lanjut, sebagaimana tertuang dalam Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, besaran pembayaran BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. Acuannya adalah standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dengan berbasis pada harga keekonomian

³⁴ "Iur Biaya Upaya Pengendalian Mutu dan Pembiayaan", <http://deeshampoqu.wordpress.com/2009/11/04/iur-biaya-upaya-pengendalian-mutu-dan-pembiayaan/>, diakses 21 Juli 2014.

wilayah, biaya pelayanan kesehatan fasilitas kesehatan di tiap-tiap wilayah diharapkan tidak terlalu bervariasi. Apabila tidak ada kesepakatan atas besaran pembayaran, maka Menteri Kesehatanlah yang kemudian akan memutuskan besaran pembayaran atas JKN.

Pada prinsipnya, besaran biaya pelayanan kesehatan sudah ditetapkan dari awal sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Setelah pelayanan diberikan pun, fasilitas kesehatan tidak diperkenankan menarik biaya kepada peserta karena pembiayaan dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Ketentuan pembiayaan adalah sebagai berikut: 1) pembiayaan untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama didasarkan pada kapitasi (tarif paket per orang per bulan) atas jumlah peserta yang terdaftar; 2) pembiayaan untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan didasarkan pada cara *Indonesian Care Based Groups* (INA-CBG). Penentuan tarif jasa medis dalam INA-CBG adalah suatu sistem pengelompokan penyakit berdasarkan ciri klinis yang sama, biaya perawatan yang sama, dan kelas perawatan yang sama, dengan klasifikasi diagnosa ICD X dan klasifikasi prosedur/tindakan ICD IX-CM termasuk penambahan diagnosa sekunder, penyakit penyerta dan komplikasi ataupun penyulit, yang dikaitkan langsung dengan pembiayaan pelayanan kesehatan, yang di dalamnya termasuk jasa medis.³⁵

Ketentuan pembiayaan seperti tersebut di atas menjadi upaya perbaikan dari cara pembiayaan sebelumnya yang dilakukan oleh PT Askes (Persero). Dulu, PT Askes (Persero) menggunakan pola Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) dan bila rumah sakit kehabisan obat, pasien dapat membeli resep obat tersebut di apotek luar, kemudian melakukan *reimbursement* ke PT Askes. Saat ini, dalam paket INA-CBG, pelayanan medik dan obat mengacu pada Formularium Nasional (Fornas), yaitu daftar obat yang disusun Kemenkes berdasarkan bukti ilmiah.³⁶ Dengan menggunakan INA-CBG, maka pembiayaan kepada rumah sakit benar-benar didasarkan atas beban kerja sebenarnya sehingga mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit dapat meningkat. Selain itu, pengobatan yang diberikan

³⁵ "BPJS-INA-CBG: yang Seyogyanya Harus Kita Ketahui", <http://www.ikabi.org/bpjss-ina-cbgs-yang-seyogyanya-harus-kita-ketahui/>, diakses 17 Juli 2014.

³⁶ "PNS dan Tentara Keluhkan BPJS", <http://www.indonesiamedia.com/2014/02/09/pns-dan-tentara-keluhkan-bpjs/>, diakses 22 Juli 2014.

dokter atau klinisi benar-benar didasarkan pada derajat keparahan sehingga perencanaan anggaran pembiayaan dan belanja dapat lebih akurat, kualitas pelayanan yang diberikanpun akan terevaluasi dengan sendirinya. Dari sisi pasien, penggunaan INA-CBG memberi kepastian pelayanan dengan prioritas pengobatan berdasarkan derajat keparahan. INA-CBG mengurangi pemeriksaan dan penggunaan alat medis yang berlebihan oleh tenaga medis sehingga mengurangi risiko terhadap pasien. Untuk rawat inap, ada batasan mengenai lama rawat bagi pasien. Hal ini dimaksudkan supaya pasien dapat mendapat perhatian lebih dalam tindakan medis dari para petugas rumah sakit karena biayanya sudah ditentukan berapapun lama rawat dilakukan.³⁷

Selanjutnya adalah mengenai mekanisme pelayanan kesehatan di dalam BPJS Kesehatan. Beberapa pasal di dalam Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan memberi penjelasan sebagai berikut:

Pasal	Penjelasan
Pasal 29 ayat (3)	Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar.
Pasal 29 ayat (4)	Dalam keadaan tertentu, ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak berlaku bagi Peserta yang : <ol style="list-style-type: none"> berada di luar wilayah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar; atau dalam keadaan kegawatdaruratan medis.
Pasal 29 ayat (5)	Dalam hal peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
Pasal 30 ayat (1)	Fasilitas Kesehatan wajib menjamin Peserta yang dirawat inap mendapatkan obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.
Pasal 30 ayat (2)	Fasilitas Kesehatan rawat jalan yang tidak memiliki sarana penunjang, wajib membangun jejaring dengan Fasilitas Kesehatan penunjang untuk menjamin ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan.

³⁷ "BPJS-INA-CBG: yang Seyogyanya Harus Kita Ketahui", *loc. cit.*

Penjelasan pada pasal-pasal tersebut di atas memperlihatkan bahwa sistem pelayanan yang digunakan oleh BPJS Kesehatan adalah sistem rujukan berjenjang, yaitu mulai dari pelayanan primer (puskesmas, dokter praktik beserta jaringannya), pelayanan sekunder (rumah sakit kabupaten dan kota), hingga pelayanan tersier (rumah sakit provinsi dan nasional, termasuk rumah sakit spesialistik). Sistem ini menyesuaikan pelayanan dengan kebutuhan medis peserta. Dalam hal ini, pelayanan primer berperan sebagai *gate keeper*, mengidentifikasi peserta mana saja yang perlu dirujuk ke pelayanan ke tingkat selanjutnya sesuai dengan kebutuhan medisnya. Dengan menggunakan sistem pelayanan seperti ini, penanganan penyakit diharapkan dapat sesuai dengan tingkat keahlian dokter sehingga *economics cost*, morbiditas, angka *medical error* akan turun, sebaliknya, ilmu dan teknologi kedokteran akan berkembang.³⁸

Khusus untuk pelayanan gawat darurat, sistem pelayanan tidak dilakukan secara berjenjang. Peserta dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap fasilitas kesehatan. Bagi mereka yang menggunakan fasilitas kesehatan di luar BPJS Kesehatan, nantinya akan dirujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan setelah gawat daruratnya teratasi. Dalam hal ini, BPJS Kesehatan akan mengganti biaya pelayanan gawat darurat selama peserta memperoleh pelayanan di fasilitas kesehatan tersebut. Apabila terjadi kasus dimana suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat, maka BPJS Kesehatan akan memberikan kompensasi. Kompensasi yang dimaksud dapat berupa penggantian uang tunai (untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi), pengiriman tenaga kesehatan, atau penyediaan fasilitas kesehatan tertentu.³⁹

Pada era Askes, sistem pelayanan kesehatan berjenjang sebenarnya telah diberlakukan, hanya saja tidak berjalan efektif. Dalam pelaksanaannya, sistem rujukan langsung ke rumah sakit besar banyak dilakukan oleh peserta. Padahal, peserta seharusnya berobatterlebih dahulu ke Puskesmas untuk kemudian mendapatkan rujukan ke rumah sakit jika sakitnya parah atau membutuhkan

³⁸ A. N. Shihab, *op. cit*, hlm. 89.

³⁹ Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

pelayanan medis spesialis.⁴⁰ Melalui kebijakan yang melekat di dalam BPJS Kesehatan, fungsi fasilitas pelayanan kesehatan dikembalikan seperti sebagaimana mestinya. Dengan demikian, PPK tingkat pertama atau yang saat ini disebut fasilitas kesehatan pertama dapat menunjukkan serta memaksimalkan perannya, sementara PPK tingkat lanjutan atau fasilitas kesehatan lanjutan dapat menata kembali perannya sebagai unit rujukan bagi pelayanan kesehatan primer yang ada di wilayahnya.

Untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan menyeluruh oleh BPJS Kesehatan, saat ini tersedia lebih dari 85.000 dokter berlisensi praktik umum dan hampir 25.000 dokter berlisensi praktik spesialis, belum termasuk dokter gigi. Secara nasional, jumlah tersebut cukup untuk melayani seluruh rakyat berdasarkan rasio satu dokter praktik umum melayani 3.000 orang. Pelayanan kesehatan saat ini juga didukung oleh jumlah perawat dan bidan yang telah mencukupi, begitupun halnya dengan tempat tidur di rumah sakit milik Pemerintah dan milik swasta, termasuk tempat tidur di puskesmas yang rasionalnya telah mendekati satu tempat tidur untuk setiap 1.000 penduduk. Namun demikian, ketersediaan layanan kesehatan masih terkendala oleh penyebaran yang tidak merata yang mana masih terpusat di kota-kota besar.⁴¹ Untuk ke depannya, guna mengatasi kendala yang ada, penetapan tarif untuk seluruh fasilitas kesehatan di suatu wilayah akan diberlakukan secara sama. Hal ini ditujukan untuk meningkatkan persaingan dalam mutu pelayanan, di samping juga mendorong penyebaran tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan ke daerah. Seiring berjalannya waktu, peserta BPJS Kesehatan diharapkan akan memiliki banyak pilihan fasilitas kesehatan.⁴²

Masih banyak upaya yang telah direncanakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta JKN ke depan. Misalnya saja, pengembangan program dokter dengan kewenangan tambahan, penempatan residen senior di daerah terpencil, pembangunan RS bergerak, RS pratama dan *flying*

⁴⁰ "Askes Tegaskan Pelayanan Kesehatan Berjenjang Tak Berjalan", <http://www.antaranews.com/berita/365847/askes-tegaskan-pelayanan-kesehatan-berjenjang-tak-berjalan>, diakses 21 Juli 2014.

⁴¹ A. N. Shihab, *op. cit.*, hlm. 93.

⁴² C. H. Situmorang, *op. cit.*, hlm. 259–260.

healthcare di daerah yang sulit untuk memenuhi keperluan pelayanan medis spesialistik di daerah tersebut.⁴³ Kemudian, adanya mekanisme penyampaian keluhan bagi para peserta JKN. Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan menegaskan bahwa peserta yang tidak puas terhadap pelayanan JKN yang diberikan oleh fasilitas kesehatan dapat menyampaikan pengaduan kepada fasilitas kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan. Sementara peserta dan/atau fasilitas kesehatan yang tidak puas terhadap pelayanan BPJS Kesehatan dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri Kesehatan. Penyampaian pengaduan pun harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikan.⁴⁴

Secara umum, BPJS Kesehatan hadir untuk tujuan yang lebih baik dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Setiap kebijakan yang melekat di dalam BPJS Kesehatan dapat dilihat sebagai upaya untuk meningkatkan kepuasan pelayanan bagi seluruh pesertanya, tidak hanya mencakup peserta eks Askes atau peserta lainnya yang berasal dari badan penyelenggara tertentu atau golongan tertentu saja. Sesuai dengan tujuannya, semua peserta diperlakukan secara sama sehingga manfaat layanan dapat dirasakan secara menyeluruh. Prinsip-prinsip yang terkandung di dalam SJSN akan dijalankan sepenuhnya melalui JKN untuk mencapai *Universal Health Coverage*. Dengan demikian, keuntungan berupa kesejahteraan dapat dirasakan oleh semua penduduk Indonesia.

Sama seperti peserta lainnya, bagi peserta eks Askes, realisasi atas kebijakan BPJS Kesehatan akan diterima sebagai sebuah pengalaman baru. Pengalaman baru yang dimaksud berkenaan dengan performa atau tampilan pelayanan yang telah berubah dari Askes menjadi JKN. Berdasarkan pemaparan sebelumnya, perubahan yang terasa adalah dalam hal kepesertaan, cara pembiayaan dan mekanisme layanan di setiap fasilitas kesehatan. Saat ini, peserta eks Askes dilayani bersamaan dengan peserta lainnya dengan hanya menggunakan satu badan penyelenggara saja, yaitu BPJS Kesehatan. Jumlah peserta yang akan dilayani meningkat tajam karena mencakup seluruh penduduk Indonesia. Kemudian, apabila

⁴³ A. N. Shihab, *op. cit.*, hlm. 96.

⁴⁴ Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

dulu Askes menggunakan pola Daftar Plafon Harga Obat, saat ini JKN mengacu pada Formularium Nasional (Fornas) yang disusun oleh Kemenkes. Pembiayaan untuk fasilitas kesehatan rujukan menggunakan cara *Indonesian Care Based Groups* (INA-CBG) bukan dengan cara iur biaya. Selain itu, berbeda dengan yang sebelumnya, di dalam JKN, sistem layanan rujukan berjenjang benar-benar diberlakukan sebagaimana mestinya sehingga pemanfaatan layanan fasilitas kesehatan dapat sesuai dengan kebutuhan.

Perubahan-perubahan tersebut pada akhirnya diterima oleh peserta sebagai stimulus di dalam proses evaluasi. Bagaimana mereka mengevaluasi stimulus tersebut akan menentukan tingkat kepuasan mereka terhadap JKN BPJS Kesehatan. Pernyataan ini sejalan dengan apa yang dikatakan Hunt (1977) dan Westbrook (1980) tentang kepuasan pelanggan. Menurut Hunt (1977) dan Westbrook (1980), kepuasan pelanggan adalah kecenderungan individu mengevaluasi hasil dan pengalaman sehubungan dengan aktivitas konsumsi (terhadap produk atau jasa/pelayanan).⁴⁵ Dalam hal ini, hasil dan pengalaman yang dimaksud berkenaan dengan aktivitas peserta menggunakan program JKN BPJS Kesehatan, yang tidak hanya mencakup manfaat layanan kesehatan, tetapi juga proses mendapatkan manfaat layanan kesehatan, termasuk interaksi peserta dengan pada pemberi layanan kesehatan.

B. Kepuasan Peserta Eks Askes terhadap Layanan JKN BPJS Kesehatan

Meskipun baru berjalan beberapa bulan, peserta eks Askes sudah mampu mengevaluasi layanan JKN yang diselenggarakan BPJS Kesehatan. Mereka yang mampu mengevaluasi layanan JKN adalah mereka yang memiliki pengalaman menggunakananya. Berikut adalah gambaran evaluasi beberapa peserta eks Askes yang pernah menggunakan JKN.

⁴⁵ V. Martinez-Tur, et al., *loc.cit.*

Sumber	Gambaran Evaluasi
Partisipan I, Wawancara pada tanggal 3 Juli 2014	<p>Sebenarnya saya sudah nyaman dengan Askes karena kemarin-kemarin ini, Askes sudah bagus banget pelayanannya. Saya baru paham tentang JKN seperti apa, ya ketika saya mau melahirkan. Setelah konsultasi ke dokter di RS Fatmawati, saya baru tahu kalau melahirkan tanpa indikasi operasi itu wajib di puskesmas. Jika ada masalah, barulah dirujuk ke Rumah Sakit Tingkat II atau Rumah Sakit Tingkat I jika Rumah Sakit Tingkat II tidak dapat melayani. Padahal, setelah saya ke puskesmas di Palmerah, saya lihat puskesmas tidak punya dokter spesialis, jadi yang bantu kelahiran adalah bidan. Ruang khusus untuk melahirkan juga tidak ada. Lah kalau seperti itu, bagaimana kalau ternyata nanti saya harus dioperasi? Bagaimana jaminan keselamatan saya dari puskesmas ke Rumah Sakit Tingkat I ke Rumah Sakit Tingkat II lalu ke Rumah Sakit Tingkat III? Belum lagi kalau susah dapat kamar. Ini kan bikin repot. Kalau Askes, beda. Di Puskesmas ada dokter khusus yang bisa kasih rujukan. Tidak dicek dulu, tidak ada indikasi bisa langsung ke rumah sakit rujukan. Tidak perlu ngantri dan tidak ribet jadi bisa cepat. Kita di rumah sakit, dilayani seperti lainnya. Kita juga bisa ke rumah sakit mana saja yang kerja sama dengan Askes. Tidak seperti BPJS. Info dari teman saya yang dokter, memang ada bedanya kamar dan pelayanan antara yang BPJS dengan yang bukan. Ini kan sebenarnya tidak adil. Iuran yang kita keluarkan lebih besar daripada peserta yang tidak mampu. Tetapi kita mendapat pelayanan yang sama. Yang dibedakan hanya kelas perawatannya saja. Terus kan kemarin-kemarin kita sudah bayar iuran pas jadi Askes, seharusnya ya wajar kalau kita mendapat pelayanan yang berbeda, minimal sama seperti Askes. Sekarang, karena JKN merepotkan, saya lebih baik tidak menggunakannya. Saya lebih baik bayar sendiri. Karena kaitannya dengan potongan gaji untuk bayar iuran, saya sih berharap kita ini tetap diberi hak untuk lebih dibebaskan, bisa milih ikut BPJS atau tidak. Jadi BPJS tetap ada, Askes tetap ada.</p>
Partisipan R, Wawancara pada tanggal 5 Juli 2014	<p>Kalau ditanya kesimpulan saya menggunakan JKN, ya lebih banyak dibatasi. Askes lebih fleksibel. Kalau saya sih merasa manfaat Askes lebih banyak. Waktu kehamilan anak saya yang pertama kan masih pakai Askes, saya bisa kunjungan ke dokter setiap bulan di rumah sakit. Sekarang, semenjak pakai BPJS, saya hanya dikasih kesempatan dua kali selama kehamilan untuk kunjungan ke dokter di rumah sakit. Sisanya ya ke puskesmas. Sementara puskesmas tidak ada USG, hanya dokter umum. Diperiksanya ya cuma pake stetoskop saja. Sekarang sih saya pilih untuk tidak menggunakan BPJS, lebih baik pakai uang sendiri saja karena bisa bebas ke dokter kandungan. Kalau BPJS,</p>

	<i>obat-obatan yang dikasih dokter untuk kehamilan saya hanya berupa vitamin saja. Sementara kalau biaya sendiri, dokter bisa lebih leluasa kasih obat. Misalnya kayak obat yang mengandung asam folat untuk pertumbuhan otak janin, ya itu bisa saya dapat kalau saya biaya sendiri. Cuma, kadang muncul saja pertanyaan, kenapa sih tidak dibedakan pelayanan (medis) untuk yang eks Askes dibanding mereka yang tidak mampu.</i>
Partisipan B, Wawancara pada tanggal 21 Juli 2014	<i>Saya sama sekali tidak puas dengan BPJS. Kemarin saya ada pengalaman menggunakan BPJS. Isteri saya kena penyakit tifus. Permasalahannya adalah pada approval administrasi. Approval administrasi dilakukan di bagian pendaftaran yang mewakili cabang Askes. Kalau orang ini tidak ada, kita terlunta-lunta. Ini mungkin karena sistem administrasi yang belum terserap dengan baik jadi butuh waktu yang lama untuk membedakan pasien BPJS atau bukan. Kemudian, karena saya ini PNS Gol. III, maka saya dapat Kelas 1 untuk rawat inap. Tetapi standar pelayanan turun. Teh tidak ada, dapur tutup. Setelah saya marah-marah, saya baru dikasih. Mungkin karena anggapannya gratis, jadi pelayanan tambahan seperti itu, mereka takut tidak bisa diganti oleh BPJS. Saya perhatikan, pelayanan mereka dengan peserta BPJS dengan yang bayar sendiri itu berbeda. Misalnya saja, untuk bersihkan kamar yang dihuni peserta BPJS, itu sampe dua hari sekali. Sementara yang lain (kamar sebelah) itu tidak. Ya saya rasa ini penurunan kualitas jika dibanding dengan Askes. Waktu saya menggunakan Askes, saya lebih merasa aman, tidak perlu persiapan duit untuk meminta pelayanan tambahan. Lebih nyaman. Sementara BPJS, kesannya, yang penting diobati, masalah pelayanan nomor sekian. Saya berharap BPJS bisa kembali seperti Askes, tidak hanya model pelayanan tetapi juga cakupan obat-obatannya. Ke depan, BPJS tetap saya gunakan. Tetapi kalau kebutuhannya adalah untuk membeli obat, saya pilih menggunakan asuransi swasta.</i>
Partisipan S, Wawancara pada tanggal 21 Juli 2014	<i>Saya punya pengalaman menggunakan BPJS untuk ayah saya. Jadi saya yang termasuk menanggung ayah saya di BPJS. Kemarin, BPJS-nya digunakan untuk operasi jantung. Saya yang selalu temani dan bantu urus administrasi. Yang jadi masalah itu adalah proses mengantri untuk dapat rujukan. Surat rujukan dari puskesmas tidak masalah. Yang terasa itu adalah ketika mengantri di Rumah Sakit Tingkat I. Bayang kan saja, saya dan bapak saya datang itu jam setengah 5 subuh. Itupun bapak saya dapat nomor antrian 150-an. Setelah mengantri, ternyata baru diinformasikan kalau dokternya hanya bisa melayani hingga jam</i>

Transformasi PT. Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan

	<i>02.00 WIB siang. Ayah saya tidak kebagian bertemu dokter. Ya ini memang kelewatan batas ya. Sisi bagusnya, dengan pakai BPJS itu, ayah saya itu bisa operasi bypass jantung gratis. Padahal, operasi itu biayanya bisa 150-an juta. Jadi, masih bersyukur jugalah ada BPJS itu. Setidaknya saya tidak perlu keluar uang jumlah segitu. Lah darimana juga uang segitu.</i>
Partisipan M, Wawancara pada tanggal 15 Agustus 2014	<i>Kalau saya sih puas-puas saja dengan BPJS. Karena saya mengalami sendiri. Untuk tumor otak yang saya derita ini, saya bisa check up pakai MRI, itu gratis. Saya tinggal di daerah Citayam tetapi akses ke rumah sakit rujukan juga mudah ya.</i>

Tabel di atas menunjukkan bahwa hampir semua partisipan yang diwawancara merasa tidak puas dengan layanan JKN. Dari lima partisipan, hanya satu yang secara jelas menyatakan puas terhadap layanan JKN. Partisipan I menunjukkan ketidakpuasannya dengan tidak menggunakan JKN apabila dirinya dan anggota keluarganya memerlukan bantuan medis. Hal yang sama juga dirasakan dan dilakukan oleh Partisipan R. Partisipan R memilih untuk menggunakan biaya pribadi untuk mendapatkan layanan kesehatan daripada menggunakan JKN karena merasa bahwa manfaat yang diterima dari JKN sangat terbatas, kurang memenuhi ekspektasinya. Partisipan B jelas-jelas menegaskan bahwa dirinya tidak puas dengan JKN, namun tetap bersedia menggunakan terutama ketika ia atau anggota keluarganya membutuhkan pelayanan medis tertentu yang bermanfaat secara signifikan. Partisipan S juga merasa tidak puas dengan layanan JKN, tetapi ia masih bisa menolerirnya karena telah menerima manfaat medis yang signifikan. Sementara Partisipan M merasa puas dengan layanan JKN karena tidak memiliki pengalaman negatif dengan JKN, bahkan sebaliknya, ia sudah merasakan manfaat yang signifikan dari JKN.

Expectancy Disconfirmation Theory (EDT) menyebutkan beberapa komponen yang menentukan kepuasan para peserta yaitu pengalaman terhadap layanan yang diterima, ekspektasi dan diskonfirmasi. Tabel berikut akan mengurai evaluasi para partisipan menjadi komponen-komponen kepuasan.

Partisipan	Pengalaman Aktual	Ekspektasi Awal	Diskonfirmasi
Partisipan I	<p>Pengalaman Partisipan I terhadap layanan JKN masih sebatas konsultasi dengan dokter mengenai manfaat persalinan JKN. Meskipun pada akhirnya tidak menjalani proses persalinan di puskesmas, tetapi informasi yang ia terima telah membuatnya berpikir ulang untuk menggunakan JKN. Ia khawatir JKN tidak bisa menjamin keselamatan dirinya dan bayinya karena tidak ditangani dokter spesialis. Kekhawatiran lain adalah mengenai mekanisme rujukan yang terstruktur. Ia khawatir apabila terjadi sesuatu di dalam proses persalinan, maka ia akan membutuhkan waktu lama untuk bisa mendapatkan pelayanan di rumah sakit rujukan. Selain karena lama di perjalanan, ia khawatir tidak mendapatkan kamar di rumah sakit rujukan karena penuh dengan peserta BPJS yang jumlahnya semakin meningkat.</p>	<p>Oleh karena terbiasa mendapatkan layanan dengan mekanisme yang fleksibel dan merasa nyaman dengan itu, maka ekspektasi selanjutnya terhadap JKN adalah mendapatkan mekanisme yang sama atau lebih nyaman dibanding Askes.</p>	<p>Diskonfirmasi negatif.</p>
Partisipan R	<p>Pengalaman Partisipan R terhadap layanan JKN berkenaan dengan konsultasi kehamilan. Hampir sama dengan Partisipan I, Partisipan R menganggap bahwa pemeriksaan kehamilan melalui puskesmas meragukan karena tidak ada dokter spesialis. Dengan JKN, ia hanya memiliki kesempatan dua kali sejama kehamilan untuk bisa periksa di dokter spesialis, lebih dari itu ia hanya diperbolehkan periksa di puskesmas dengan alat pemeriksaan sebatas stetoskop saja, tanpa USG. Dengan kondisi tersebut, ia tidak bisa mendapatkan informasi yang lengkap mengenai kehamilannya kecuali jika ada indikasi.</p>	<p>Pada saat menggunakan Askes, ia bisa melakukan kunjungan ke dokter spesialis setiap bulan di rumah sakit untuk memeriksa kehamilan.</p>	<p>Dengan pengalamannya tersebut, ia berekspektasi, setidaknya JKN bisa memberinya kesempatan untuk memeriksa kehamilan di dokter kandungan, sama seperti yang ia terima pada saat menggunakan Askes.</p>

Partisipan B	Pengalaman Partisipan B menggunakan JKN adalah ketika isterinya sakit dan harus dirawat di rumah sakit. Hal pertama yang membuatnya kecewa adalah mekanisme administrasi yang belum berjalan secara efektif dan efisien sehingga terkesan merepotkan. Hal lain adalah minimnya perlakuan interpersonal terhadap pasien yang menggunakan JKN, bahkan terkesan menjadi diskriminatif. Misalnya saja masalah kebersihan kamar. Berdasarkan pengamatannya, kamar inap isterinya tidak dibersihkan sesering kamar lain yang bukan peserta BPJS Kesehatan. Selain itu, isterinya juga tidak mendapat layanan tambahan, seperti teh. JKN dianggap tidak bisa memenuhi kebutuhannya akan rasa aman dan nyaman seperti yang ia dapatkan ketika menjadi peserta Askes.	Ketika menggunakan Askes, ia bisa merasa aman dan nyaman, tidak perlu khawatir harus mengeluarkan biaya lebih untuk meminta pelayanan tambahan. Rasa aman dan nyaman yang ia dapatkan melalui Askes menjadi standar untuk menilai pelayanan JKN.	Diskonfirmasi negatif.
Partisipan S	Pengalaman Partisipan S menggunakan JKN adalah ketika menemani ayahnya untuk mendapatkan rujukan operasi jantung. Untuk mendapatkan surat rujukan ke dokter subspesialis, ia dan ayahnya harus melalui proses mengantre yang sangat lama dan bahkan setelah mengantre pun mereka tidak mendapatkan pelayanan karena jam praktik dokter yang seharusnya memberi rujukan sudah selesai. Kendati demikian, kekecewaannya tersebut tergantikan karena ayahnya bisa melakukan operasi bypass jantung.	Belum pernah memiliki pengalaman menggunakan Askes. Ekspektasinya lebih kepada mendapatkan layanan medis untuk kesembuhan penyakit jantung ayahnya.	Diskonfirmasi negatif untuk pengalaman yang pertama dan diskonfirmasi positif untuk pengalaman yang kedua.
Partisipan M	Berbeda dengan partisipan yang lain, Partisipan M merasa puas dengan JKN. Melalui JKN, ia bisa melakukan pengecekan MRI untuk penyakit yang diderita dan tidak memiliki pengalaman negatif dengan JKN selama mendapatkan layanan.	Sama seperti Partisipan S, Partisipan M belum pernah memiliki pengalaman menggunakan Askes. Ekspektasinya lebih kepada mendapatkan layanan medis untuk mengidentifikasi penyakitnya.	Diskonfirmasi positif.

Sesuai dengan EDT, peserta yang merasa puas dengan JKN adalah mereka yang memiliki diskonfirmasi positif. Dalam hal ini, manfaat yang diterima terasa secara signifikan karena melebihi ekspektasi. Kondisi sebaliknya dirasakan oleh peserta yang tidak puas. Mereka ini mengalami diskonfirmasi negatif karena layanan yang mereka terima kurang dari ekspektasi.

Perubahan dari Askes menjadi JKN menyebabkan disonansi atau ketidaksesuaian di dalam kognisi para peserta. Festinger (1957), melalui *Cognitive Dissonance Theory* (CDT), menjelaskan bahwa perasaan disonansi antara ekspektasi dengan realita merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan. Ketidaknyamanan ini mendorong individu untuk mengubah ide-idenya tentang kognisi. Untuk meminimalisir ketidaknyamanannya itu, individu akan menurunkan disonansi yang terjadi sebagai hasil dari adanya perbedaan antara dua macam kognisi, yaitu kognisi awal tentang sesuatu hal dan kognisi terhadap apa yang terjadi di dalam dunia nyata. Secara psikis, individu akan berusaha untuk meningkatkan kesesuaian kognisi dan sebaliknya akan menurunkan ketidaksesuaian kognisi di dalam pikirannya.⁴⁶ Kognisi-kognisi yang dimaksud Festinger (1957) adalah ekspektasi dan persepsi individu terhadap apa yang mereka terima sebagai hasil dari konsumsi produk dan jasa/layanan. Mengacu pada EDT, ketidaksesuaian di antara keduanya yang menyebabkan kepuasan serta ketidakpuasan.

Sehubungan dengan ekspektasi, Elkhani dan Bakri membagi pelanggan menjadi dua macam, yaitu pelanggan yang sudah memiliki ekpektasi awal karena pengalamannya dalam menggunakan produk atau layanan tertentu dan pelanggan baru yang tidak memiliki pengalaman apa-apa, artinya belum memiliki ekspektasi awal seperti pelanggan pertama.⁴⁷ Sebagian peserta eks Askes termasuk peserta kelompok pertama, yaitu peserta yang telah memiliki ekspektasi awal karena pengalamannya menjadi peserta Askes. Sebagian lainnya termasuk peserta kelompok kedua, yaitu peserta yang belum pernah menggunakan Askes dan baru menggunakan jaminan kesehatan ketika Askes berganti JKN. Berbeda dengan peserta kelompok kedua, mereka yang pernah menggunakan Askes mendasarkan kepuasannya terhadap JKN pada pengalamannya

⁴⁶ N. Elkhani, A. Bakri, *loc. cit.*

⁴⁷ *Ibid.*

ketika menggunakan Askes. Dengan kata lain, mereka menjadikan pengalamannya tersebut sebagai acuan untuk menilai kualitas layanan JKN. Hal ini bisa terjadi karena JKN adalah pengganti Askes, jadi Askes dianggap *benchmark* yang tepat untuk diperbandingkan dengan JKN.

Dengan pemikiran tersebut di atas, ekspektasi yang muncul dalam kognisi peserta eks Askes adalah bisa menerima manfaat JKN sama seperti Askes atau bahkan lebih baik daripada Askes. Tidak hanya manfaat, mereka juga berekspektasi bisa menjalani proses dan mendapatkan perlakuan yang sama atau lebih baik dibanding Askes. Mengingat sudah menjadi peserta dalam jangka waktu tertentu mengikuti masa kerjanya sebagai pegawai negeri, mereka juga berekspektasi bahwa seharusnya ada perbedaan layanan kesehatan antara mereka dengan peserta lain yang terhitung baru dan yang tergolong PBI (Penerima Bantuan Iuran).

Selain pengalaman, ekspektasi terbentuk karena ada sesuatu yang mereka keluarkan untuk mendapatkan layanan JKN. Sebagai peserta Non-PBI (Bukan Penerima Bantuan Iuran), para peserta mendapat pemotongan gaji untuk membayar iuran kepesertaan JKN. Sumber pendanaan kepesertaan berasal dari diri mereka sendiri dan pemerintah sebagai pemberi kerja. Jumlah iuran yang mereka keluarkan untuk JKN adalah lima persen dari gaji, yaitu dua persen dari pekerja dan tiga persen dari pemerintah.⁴⁸ Tidak semua peserta tahu secara pasti berapa besaran iuran yang sudah mereka keluarkan untuk menjadi peserta layanan jaminan kesehatan. Kendati demikian, mereka tetap memiliki ekspektasi tertentu terhadap layanan jaminan kesehatan yang akan mereka dapatkan. Dalam hal ini, terbentuknya ekspektasi lebih didasari atas kesadaran adanya pengeluaran untuk membayar iuran kepesertaan berupa gaji.

Penjelasan mengenai ekspektasi menjadi benang merah antara konsep kepuasan EDT dengan konsep kepuasan yang dijelaskan melalui teori keadilan distribusi yang ada di dalam *Justice Perception Theory* (JPT). Teori keadilan distributif menyatakan bahwa persepsi keadilan mengacu pada evaluasi pelanggan terhadap keadilan pada hasil yang diperoleh. Dalam transaksi pembelian, pelanggan berinvestasi *input* berupa uang dan menerima *output* berupa

⁴⁸ Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

kualitas layanan. Mengutip pernyataan Oliver dan DeSarbo (1988), dalam proses pertukaran, pelanggan membandingkan antara *output* dan *input* mereka sendiri dengan *output* dan *input* dari pihak lain. Dengan kata lain, pelanggan mengharapkan timbal balik pada hal-hal yang nyata. Prinsip seperti ini didasarkan pada teori ekuitas yang dikemukakan Adams (1965), yaitu asumsi bahwa manusia termotivasi secara instrumental dalam hubungan mereka dengan yang lain. Dalam hubungannya tersebut, setiap manusia berusaha untuk memaksimalkan keuntungan dan meminimalkan kerugian.⁴⁹

Pemaparan tersebut di atas menjelaskan mengapa mereka yang mendapatkan manfaat yang menguntungkan secara signifikan lebih mudah meningkatkan batas toleransi atas pengorbanan yang telah mereka keluarkan dan juga lebih mudah merasa puas. Sementara mereka yang mengalami pelayanan lebih buruk dari sebelumnya dan tidak mendapatkan pelayanan sesuai dengan ekspektasinya lebih mudah merasa tidak puas. Apabila mengacu pada teori ekuitas yang dikemukakan Adams (1965), ekspektasi yang dibangun oleh peserta berkaitan dengan prinsip untung rugi yang terbentuk di dalam kognisi mereka. Ketika mereka mendapatkan keuntungan yang sesuai atau lebih banyak dibanding ekspektasi, maka mereka merasa bahwa hasil yang diterima itu adil dan efek yang dirasakan setelah itu adalah kepuasan. Sebaliknya, ketika mereka mendapatkan keuntungan yang tidak sesuai dengan ekspektasi, maka mereka merasa rugi dan efek yang dirasakan setelah itu adalah ketidakpuasan.

Lebih lanjut, persepsi peserta terhadap keadilan tidak hanya berkenaan dengan hasil yang diterima, tetapi juga prosedur yang dilalui dan perlakuan yang tepat di dalam interaksi. Hasil penelitian Goodwin dan Ross (1989) serta Smithetal (1999) menunjukkan bahwa pelanggan mendefinisikan keadilan tidak hanya berdasarkan pada hasil yang diterima, tetapi juga pada keadilan di dalam proses pencapaian atau penyelesaian hasil.⁵⁰ Ketika Partisipan I merasa bahwa dengan ia menjalani proses yang berbeda dengan sebelumnya, padahal *input* yang ia keluarkan untuk mendapatkan pelayanan juga sama, maka ia merasa bahwa proses layanan yang ia jalankan tidak adil. Begitupun halnya dengan Partisipan B yang merasa

⁴⁹ V. Martinez-Tur, et al., *loc. cit.*

⁵⁰ *Ibid.*

bahwa pelayanan administrasi JKN menyulitkan dan membuatnya tidak nyaman. Atau Partisipan S yang sempat merasakan lamanya mengantre hanya untuk mendapat surat rujukan. Ketidakpuasan yang mereka rasakan sejalan dengan beberapa hasil penelitian. Katz, Larson dan Larson (1991) mengatakan bahwa ketidakadilan yang dirasakan akibat menunggu terlalu panjang dalam situasi pelayanan dapat mengakibatkan ketidakpuasan. Menurut Bitner, Booms dan Tetreault (1990), ketidakpuasan pelanggan juga bisa disebabkan oleh kurangnya aksesibilitas untuk bertemu penyedia layanan.⁵¹

Tampaknya, kualitas layanan BPJS Kesehatan belum sepenuhnya diterima secara memuaskan oleh para peserta eks Askes. Pada kenyataannya, meningkatnya jumlah peserta belum diimbangi dengan kesiapan layanan di dalam fasilitas kesehatan. Kasus yang sering terjadi adalah peserta BPJS Kesehatan mengalami proses mengantre yang sangat panjang untuk mendapatkan layanan kesehatan di dalam fasilitas kesehatan. Kondisi seperti ini tentunya merepotkan dan menyulitkan, terutama bagi para peserta yang memiliki keterbatasan dalam hal waktu, tenaga, kesehatan, dan lain sebagainya. Tidak hanya itu, pemberi layanan pada umumnya hanya terfokus pada pemenuhan kebutuhan medis, namun di sisi lain kurang memperhatikan perlakuan yang empatik ketika memberi layanan. Perubahan-perubahan yang muncul dirasa mengurangi kenyamanan peserta yang sebelumnya memang sudah puas dengan Askes. Ketika Askes berganti JKN, mereka dituntut untuk dapat beradaptasi pada perubahan tersebut. Proses adaptasi akan terasa mudah jika layanan yang mereka terima sesuai atau lebih baik daripada ekspektasi, sebaliknya akan terasa sulit jika layanan yang diterima kurang daripada ekspektasi.

⁵¹ N. Elkhani, A. Bakri, *loc. cit.*

BAB IV

PENUTUP

Sesuai amanat UU SJSN dan UU BPJS, BPJS Kesehatan mulai beroperasi per tanggal 1 Januari 2014. Dengan demikian, semua badan penyelenggarajaminan kesehatan milik pemerintah, termasuk PT Askes (Persero) bertransformasi ke dalam BPJS Kesehatan. Hadirnya BPJS Kesehatan merupakan wujud pemberian sistem jaminan kesehatan di Indonesia karena melalui BPJS Kesehatan, fragmentasi dari berbagai jaminan kesehatan yang ada, baik dalam aspek peserta, penyelenggara, sumber pendanaan, serta manajemen penyelenggaraan, dihapuskan. Dengan pemberian tesebut, peserta eks Askes dilayani bersamaan dengan peserta lainnya dengan hanya menggunakan satu badan penyelenggara saja, yaitu BPJS Kesehatan. Apabila dulu Askes menggunakan pola Daftar Plafon Harga Obat, saat ini JKN mengacu pada Formularium Nasional (Fornas) yang disusun oleh Kemenkes. Pembiayaan untuk fasilitas kesehatan rujukan menggunakan cara *Indonesian Care Based Groups* (INA-CBG) bukan dengan cara iur biaya. Selain itu, berbeda dengan yang sebelumnya, di dalam JKN, sistem layanan rujukan berjenjang benar-benar diberlakukan sebagaimana mestinya sehingga pemanfaatan layanan fasilitas kesehatan diharapkan bisa sesuai dengan kebutuhan.

Namun demikian, pemberian yang dilakukan BPJS Kesehatan belum sepenuhnya memuaskan para peserta yang sebelumnya menggunakan Askes. Hasil *interview* dengan beberapa partisipan menunjukkan bahwa apa yang mereka terima di dalam JKN ternyata banyak yang tidak sesuai dengan ekspektasi. Peserta Askes yang pernah menggunakan Askes telah memiliki ekspektasi awal yang ia jadikan acuan untuk menilai kepuasannya terhadap JKN. Ekspektasi terbentuk dari pengalaman selama menggunakan Askes dan iuran yang telah mereka bayarkan selama menjadi peserta Askes. Ekspektasi yang muncul di dalam kognisi mereka adalah bisa menerima manfaat JKN sama seperti Askes atau bahkan lebih baik

daripada Askes. Tidak hanya manfaat, di dalam JKN, mereka juga berekspektasi bisa menjalani proses dan mendapatkan perlakuan yang sama atau lebih baik dibanding Askes. Mengingat sudah menjadi peserta dalam jangka waktu tertentu mengikuti masa kerjanya sebagai pegawai negeri, mereka juga berekspektasi bahwa seharusnya ada perbedaan layanan kesehatan antara mereka dengan peserta lain yang terhitung baru dan yang tergolong PBI (Penerima Bantuan Iuran).

Berbeda dengan ekspektasinya, beberapa partisipan merasa bahwa proses untuk mendapatkan manfaat layanan kesehatan cenderung kaku dan justru terkesan mempersulit. layanan berjenjang benar-benar diberlakukan, sementara tidak semua fasilitas kesehatan siap dengan kondisi tersebut. Pada saat yang bersamaan, jumlah peserta meningkat tajam, sementara tidak semua fasilitas kesehatan memiliki sumber daya yang sesuai dengan kebutuhan. Akibatnya, tidak jarang peserta harus melalui proses mengantri yang sangat panjang. Hal ini mengurangi rasa keamanan dan kenyamanan peserta. Peserta memilih untuk tidak menggunakan JKN, bukan hanya karena tidak nyaman, tetapi karena tidak aman, khawatir jika nantinya justru membahayakan keselamatan jiwa. Selain itu, untuk sebagian partisipan, manfaat yang diterima terasa minim, hanya berupa pelayanan standar tanpa disertai perlakuan interpersonal yang baik. Hal ini memunculkan persepsi adanya tindak diskriminatif antara peserta BPJS dengan yang bukan BPJS. Dengan kata lain, persepsi tidak adil terbentuk didalam kognisi mereka. Tidak hanya mengenai proses dan perlakuan interpersonal, dalam hal manfaat kesehatan itu sendiri, beberapa partisipan merasa tidak adil. Mereka merasa bahwa apa yang mereka keluarkan tidak sebanding dengan apa yang mereka terima. Ada manfaat yang sebelumnya bisa mereka terima melalui Askes tetapi tidak mereka dapatkan lagi setelah menggunakan JKN. Padahal, berbeda dengan peserta yang baru atau peserta yang tergolong PBI, mereka telah membayar iuran kepesertaan sejak menjadi peserta Askes (sesuai dengan masa kerjanya sebagai PNS).

Berdasarkan permasalahan yang telah dipaparkan di atas, tampaknya masih banyak pembenahan yang perlu dilakukan pemerintah untuk meningkatkan kepuasan peserta BPJS Kesehatan. Pada umumnya, partisipan memperhatikan kualitas layanan mulai

dari manfaat layanan, diikuti dengan proses mendapatkan manfaat layanan tersebut, dan perlakuan penyedia layanan ketika proses berlangsung. Dalam hal ini, pemberian yang paling penting dilakukan adalah terkait persiapan sumber daya di setiap jenjang layanan kesehatan serta paket manfaat di dalam INA-CBG. Untuk mengoptimalkan pelaksanaannya, evaluasi terhadap semua hal di dalam layanan perlu dilakukan secara kontinyu. Sosialisasi juga perlu dilakukan supaya setiap peserta memiliki pemahaman yang tepat terkait JKN BPJS Kesehatan. Hal ini bisa ditujukan untuk meminimalisir persepsi negatif terhadap pelaksanaan JKN. Setidaknya, dengan adanya sosialisasi, mereka paham bahwa keikutsertaannya di dalam BPJS Kesehatan memberi manfaat bagi kehidupannya di masa mendatang.

DAFTAR PUSTAKA

- Elkhani, N. dan Bakri, A. 2012. "Review on "Expectancy Disconfirmation Theory" (EDT) Model in B2C E-Commerce", *Journal of Information Systems Research and Innovation*, Vol. 2, Desember 2012, hlm. 95–102.
- Kemenkes. 2013. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Martinez-Tur, V. et al. 2006. "Justice Perceptions as Predictors of Customer Satisfaction: The Impact of Distributive, Procedural, and Interactional Justice", *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 36, No. 1, 2006, hlm. 100–119.
- Shihab, A. N. 2013. *BPJS: Jalan Panjang Mewujudkan Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Cinta Indonesia.
- Situmorang, C. H. 2013. *Reformasi Jaminan Sosial Di Indonesia, Transformasi BPJS: Indahnya Harapan, Pahitnya Kegagalan*. Jakarta: Cinta Indonesia.

Peraturan

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Penjelasan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Peraturan Bersama Menteri Kesehatan Republik Indonesia dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia No. 138/Menkes/PB/II/2009 tentang Pedoman Tarif Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PT Askes (Persero) dan Anggota Keluarganya di

Puskesmas, Balai Kesehatan Masyarakat, dan Rumah Sakit Daerah.

Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Website

"Askes Tegaskan Pelayanan Kesehatan Berjenjang Tak Berjalan",
<http://www.antaranews.com/berita/365847/askes-tegaskan-pelayanan-kesehatan-berjenjang-tak-berjalan>, diakses 21 Juli 2014.

"BPJS-INA CBG's: yang Seyogyanya Harus Kita Ketahui", <http://www.ikabi.org/bpjs-ina-cbgs-yang-seyogyanya-harus-kita-ketahui/>, diakses 17 Juli 2014.

"Iur Biaya Upaya Pengendalian Mutu dan Pembiayaan", <http://deeshampoqu.wordpress.com/2009/11/04/iur-biaya-upaya-pengendalian-mutu-dan-pembiayaan/>, diakses 21 Juli 2014.

"Pasien Merasa Lebih Nyaman Pakai Askes Ketimbang BPJS", <http://health.okezone.com/read/2014/03/26/482/961110/pasien-merasa-lebih-nyaman-pakai-askes-ketimbang-bpjss>, diakses 15 Juli 2014.

"PNS dan Tentara Keluhkan BPJS", <http://www.indonesiamedia.com/2014/02/09/pns-dan-tentara-keluhkan-bpjss/>, diakses 22 Juli 2014.

"Transformasi BPJS", <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/387>, diakses pada 5 Juli 2014.

Perwira, I. "Memahami Kesehatan Sebagai Hak Asasi Manusia",
https://www.academia.edu/4782379/Memahami_Kesehatan_Sebagai_Hak_Asasi_Manusia_Oleh_Indra_Perwira, diakses 5 Juli 2014.

E P I L O G

Enam tulisan yang telah disampaikan memperlihatkan betapa pentingnya komponen pembangunan sosial dalam bentuk penyelenggaraan sistem jaminan sosial. Pemerintah mempunyai kewajiban untuk melindungi warga negaranya dari risiko yang muncul akibat perubahan sosial. Dewasa ini, persamaan hak dan keadilan telah menjadi isu yang mendominasi dalam menentukan kebijakan ekonomi yang sejalan dengan pembangunan sosial. Pembangunan sosial harus ditujukan untuk mensukseskan pembangunan ekonomi, dan sebaliknya pembangunan ekonomi harus diarahkan untuk meningkatkan kualitas kesejahteraan sosial. Pembangunan sosial juga tidak menolak pertumbuhan, karena pembangunan tanpa pertumbuhan bukan pembangunan, akan tetapi pertumbuhan tidak boleh mengorbankan manusia dan kelestarian lingkungan, bahkan sebaliknya harus meningkatkannya.

Program JKN yang merupakan implementasi dari UU SJSN dan UU BPJS idealnya mempunyai korelasi positif dengan kesejahteraan masyarakat. Program yang mulai dilaksanakan pada awal Januari 2014 itu diharapkan dapat memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat Indonesia, dan pada akhirnya diharapkan mendorong masyarakat untuk produktif secara sosial dan ekonomi. Program tersebut secara ideal sangat baik, namun dalam implementasinya masih banyak mengalami kendala, sehingga program tersebut belum secara optimal mengubah kehidupan masyarakat.

Selain itu, implementasi Program JKN perlu *monitoring* dan evaluasi yang berkesinambungan baik dalam jangka pendek, jangka menengah, maupun jangka panjang, dalam rangka memperbaiki dan mengembangkan layanan kesehatan bagi masyarakat. Program JKN harus terus diperbaiki kualitasnya, agar menjadi pilar yang kuat bagi kesejahteraan masyarakat. Program JKN mempunyai peran yang sangat penting, dalam rangka mewujudkan peran negara dalam upaya pemenuhan hak masyarakat untuk hidup sehat yang

pada dasarnya merupakan hak asasi manusia. Program JKN perlu terus diperbaiki dalam rangka mengantarkan masyarakat Indonesia menuju masyarakat yang sejahtera.

Dalam pelaksanaan JKN, terutama terkait dengan ketersediaan obat, keterjangkauan obat merupakan salah satu unsur yang memegang peranan penting terhadap kesehatan masyarakat. Untuk itu, kebijakan obat nasional untuk mengontrol harga obat di Indonesia sangat diperlukan. Kebijakan tersebut menjadi landasan, arah dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan khususnya di bidang obat. Dalam kebijakan obat nasional ditekankan bahwa semua obat yang beredar harus terjamin keamanan, khasiat dan mutunya agar memberikan manfaat bagi kesehatan. Bersamaan dengan itu masyarakat harus dilindungi dari salah penggunaan dan penyalahgunaan obat.

Advokasi dan sosialisasi tentang pengorganisasian, penggerakan, pemantauan, pengawasan, pengendalian dan evaluasi kebijakan penyediaan obat harus terus dilakukan sampai pada tingkat pelaksana baik di pusat maupun daerah-daerah. Selain itu, perlu dibangun moral, etika, dedikasi, kompetensi, integritas, ketekunan, kerja keras, dan ketulusan segenap pemangku kepentingan (*stakeholders*) di bidang obat.

Secara khusus, sistem *E-catalogue* dan *e-purchasing* pada kenyataannya belum diterapkan di semua fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Banda Aceh dan Kota Jayapura di tahun 2014. Beberapa dikarenakan belum ada peraturan pelaksana baik dari Kementerian Kesehatan maupun dari Kementerian Dalam Negeri, belum semua obat terdapat dalam *E-catalogue*, belum tersedianya obat yang tertera dalam *E-catalogue* di distributor obat lokal, SDM yang belum terlatih untuk menggunakan sistem yang baru, dan masih adanya kenyamanan dengan sistem dan penggunaan obat sebelum pelaksanaan JKN.

Dalam implementasi sistem pengadaan obat yang baru yaitu sistem *E-catalogue*, *e-purchasing*, dan INA-CBG dalam rangka mendukung pelaksanaan JKN yang dimulai tahun 2014, perlu didukung dengan peraturan pelaksana yang lebih jelas dan terinci sehingga pemerintah daerah dapat segera melaksanakan sesuai dengan peraturan tersebut. Selain itu, keterjangkauan obat di semua fasilitas pelayanan kesehatan harus mempertimbangkan jarak

fasilitas pelayanan kesehatan, biaya obat yang tidak sama untuk semua wilayah di Indonesia dan ketersediaan obat di distributor lokal.

Pengintegrasian dengan jaminan kesehatan terdahulu juga menjadi keharusan agar transisi yang dilakukan tidak menyebabkan tertutupnya akses masyarakat ke pelayanan kesehatan yang dijaminkan. Perjanjian kerja sama yang sudah dilakukan bahkan beberapa bulan sebelum JKN dilaksanakan perlu terus dievaluasi untuk perbaikan pelaksanaan JKN. Dalam perjanjian selanjutnya perlu juga disusun pedoman pelaksana secara bersama antara pemerintah daerah dengan BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional sebagai lampiran dari perjanjian kerja sama.

Dengan langkah integrasi tersebut diharapkan dapat dicapai sebuah sistem asuransi kesehatan yang dapat dipahami dan dijalankan dengan baik, jelas, terukur, dan berkualitas dengan sistem *monitoring* dan evaluasi yang jelas. Suatu sistem asuransi kesehatan yang utuh dan profesional untuk kepentingan pembiayaan dan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat yang membutuhkan dan dapat diterima oleh semua pihak.

Penduduk Indonesia diharapkan akan terus mendapat akses dan jaminan pelayanan kesehatan secara cepat dan menyeluruh dan dapat dipergunakan di seluruh Indonesia pada berbagai unit, puskesmas, rumah sakit, atau pusat pemberi jasa pelayanan kesehatan sesuai sistem dan peraturan rujukan kesehatan yang berlaku. Masyarakat Indonesia tidak perlu lagi memikirkan biaya perawatan dan pengobatan jika mengalami gangguan atau menderita suatu penyakit tertentu. Ekspektasi yang muncul di dalam kognisi masyarakat adalah dapat menerima manfaat JKN sama seperti jaminan kesehatan sebelumnya atau bahkan lebih baik daripada sebelumnya. Tidak hanya manfaat, di dalam JKN, mereka juga berekspektasi bisa menjalani proses dan mendapatkan perlakuan yang sama atau lebih baik dibandingkan sebelumnya.

Dalam proses evaluasinya, mereka juga mengaitkan prinsip keadilan di dalam kognisinya. Keadilan yang dimaksud berkaitan dengan hasil yaitu manfaat yang mereka terima, proses pencapaian manfaat dan perlakuan interpersonal dari pemberi layanan. Mereka yang mendapatkan manfaat menguntungkan secara signifikan lebih

Epilog

mudah meningkatkan batas toleransi atas pengorbanan yang telah mereka keluarkan dan juga lebih mudah merasa puas. Sementara mereka yang mengalami pelayanan lebih buruk dari sebelumnya dan secara keseluruhan tidak mendapatkan pelayanan sesuai dengan ekspektasinya lebih mudah merasa tidak puas.

Jakarta, September 2014
Penyunting,

INDEKS

A

Agent of economic, 7

Akuntabilitas, 158, 164, 170, 171, 201

Alat kesehatan, 46, 49, 115, 116, 117, 118, 137, 182, 205

Asuransi sosial, 8, 13, 16, 31, 33, 53, 58, 59, 70, 114, 150, 154, 155, 156, 166, 200

B

Badan POM, 127

Bantuan iuran, 25, 58, 150, 160, 162, 167, 171, 172, 209, 224, 228

Bantuan social, 8, 11, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 31, 33

Biaya berobat, 148, 153, 169

Biomedis, 49

Buffer stock, 86, 170

Bulk purchasing, 88

C

Charity, 9

D

Daerah industry, 3, 15

Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), 89, 122

Daftar Plafon Harga Obat (DPHO), 96, 125, 212

Dana Alokasi Umum, 87

Dana umat, 149

Diagnosis, 85, 91, 97, 115, 125, 184,

Diskonfirmasi, 199, 220, 221, 222, 223

Diskriminatif, 16, 53, 222, 228

Disparitas, 62

Dispositioni, 103, 105

E

E-catalogue, 70, 71, 82, 95, 97, 98, 99, 109, 128, 129, 131, 132, 133, 135, 137, 138, 141

Efektivitas, 90, 104, 157, 164, 170, 171, 201

Efisiensi, 42, 90, 95, 96, 109, 119, 120, 125, 157, 170, 201, 212

Eks Askes, 191, 195, 196, 197, 208, 209, 216, 217, 219, 223, 224, 226, 227

Ekspektasi, 194, 195, 196, 199, 200, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228

Ekuitas, 150, 225

Enabling factors, 66

Epidemiologi klinik, 49

E-purchasing, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 137, 138, 141

Eradicating poverty, 8

Eradicating the poor, 8

Evaluasi dampak program, 67

Evaluasi hasil program, 67

Evaluasi input, 67

Evaluasi proses, 67

Evidence based medicine, 95

Indeks

F

Fakir miskin, 20, 25, 114, 150, 167
Fasilitas pelayanan kesehatan, 43,
45, 82, 96, 113, 119, 120, 126,
127, 129, 131, 132, 138, 141,
173, 210, 215

Filipina, 6

Fisiologi, 85, 115

Formularium Nasional (Fornas), 82,
95, 127, 212, 217, 227

G

GNP, 9

Gotong-royong, 9, 102, 149, 150,
154, 155, 201

Gudang farmasi, 90, 93, 122, 170,

H

Hak ekonomi, sosial, dan budaya,
37, 38

Hak konsumen, 53

Harga obat, 23, 81, 88, 91, 95, 96,
98, 109, 118, 125, 127, 128, 132,
133, 207, 212, 217, 227

Humaniora, 49

I

Inggris, 6, 15, 153, 154

Instalasi farmasi, 93, 101, 102, 116,
117, 137, 139

Iuran, 23, 25, 58, 59, 114, 149, 150,
153, 154, 155, 160, 162, 163, 164,
165, 167, 171, 172, 173, 174, 201,
202, 203, 204, 206, 207, 208, 209,
210, 218, 224, 227, 228

J

Jaminan keamanan, 85, 88

Jaminan sosial, 1, 4, 5, 6, 8, 9, 11,
12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20,
21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31,

33, 39, 45, 53, 57, 58, 59, 62, 81,
82, 88, 90, 95, 97, 114, 118, 127,
148, 150, 154, 155, 158, 159,
160, 161, 167, 188, 191, 193,
194, 201, 202, 209

Jaringan hubungan sosial, 10

Jerman, 6

K

Kanada, 6

Katastropik, 81, 151,

Keadilan, 11, 14, 33, 65, 122, 128,
149, 156, 170, 171, 195, 196,
199, 200, 224, 225,

Keadilan sosial, 4, 156

Kebijakan Obat Nasional, 81, 82, 85,
86, 87, 93, 94, 109, 118

Keluarga berencana, 12, 46, 81, 151,
205

Kemandirian, 48, 59, 65, 90,

Kemiskinan, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13,
19, 21, 28, 30, 38, 72, 73, 114,

Kepuasan, 52, 163, 164, 191, 194,
195, 196, 197, 199, 200, 204,
216, 217, 220, 223, 224, 225,
228

Kesehatan olah raga, 46

Kesehatan reproduksi, 46

Kesehatan sekolah, 46

Kesejahteraan masyarakat, 11, 12,
16, 37, 39, 41, 45, 46, 54, 57, 61,
67, 68, 71, 72, 74, 75, 122

Ketahanan sosial, 3, 6, 27, 28, 29, 30,
31, 34

Khasiat, 49, 85, 86, 88, 89, 92, 93,
96, 98, 109, 118, 119, 127

Komitmen, 8, 33, 54, 66, 85, 107,
192

Komunikasi, 89, 100, 103, 104, 105,
109

Korea Selatan, 6

- Kuratif, 9, 43, 44, 46, 114, 204, 207
L
Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP), 128
Lembar Permintaan dan Lembar Penggunaan Obat (LPLPO), 123
M
Managed care, 81, 150, 203
Modal social, 9, 10, 34
Monopolistik, 5
Murni, 13, 27, 121, 170, 174
Mutu, 18, 48, 49, 51, 68, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 95, 96, 100, 101, 116, 117, 118, 125, 126, 127, 139, 150, 158, 159, 173, 177, 193, 212, 215
N
Nirlaba, 69, 162, 170, 171, 201
O
Obat esensial, 82, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 115, 116, 118, 119, 121, 122, 125, 126
Obat generic, 24, 88, 91, 98, 115, 119, 121, 122, 125, 126, 127, 129
Output, 94, 116, 117, 199, 224, 225
P
Patologi, 85, 115,
Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), 96
Pelayanan medis, 13, 14, 42, 172, 182, 187, 215, 216, 220
Pelayanan social, 4, 12, 16, 17, 191
Pembangunan ekonomi, 4, 7, 15, 33
Pembangunan sosial, 4, 14, 31, 33
Pemberdayaan, 8, 11, 19, 22, 33, 45, 48, 49, 51, 60, 62, 89, 102, 116, 122
Pemberi kerja, 58, 59, 150, 162, 166, 209, 224
Pembiayaan kesehatan, 49, 62, 113, 114, 116, 149, 157, 191, 192
Pembiayaan obat, 88, 90, 134
Pemulihan kesehatan, 46
Penerima Bantuan Iuran, 25, 150, 160, 162, 209, 224, 228
Pengawasan obat, 92, 139
Pengendalian sosial, 28
Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial, 4, 7, 30
Penyembuhan penyakit, 43, 46
Perawatan, 42, 68, 117, 154, 162, 188, 191, 206, 207, 208, 209, 212
Perikemanusiaan, 48
Pelindungan konsumen, 53, 59, 60, 68
Pelindungan masyarakat, 88
Pertumbuhan ekonomi, 3, 7, 8, 9, 15, 71, 72
Piagam Ottawa, 41, 52,
Pihak ketiga, 149
Pool procurement, 88
Portabilitas, 170, 171, 201
Predispositioning factors, 66
Preventif, 9, 43, 46, 52, 81, 114, 115, 151, 204, 205, 207
Produktif, 23, 41, 42, 43, 44, 47, 57, 75, 147, 148, 149, 160,, 165
Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM), 156
Promotif, 43, 46, 52, 114, 115, 204, 205, 207
Public expenditure, 7
Public healthy policy, 52

Indeks

Q

Qanun, 167

R

Rasional, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 95, 96, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 131

Regulasi kesehatan, 49

Rehabilitative, 43, 44, 46, 114, 115, 204, 207

Reinforcing factors, 66

Risiko fundamental, 27

Risiko khusus, 27

S

Safety net, 11

Sanitasi lingkungan, 42

Sanksi administrative, 59

Sarana social, 13, 16

SDM kesehatan, 49, 64, 93

Sediaan farmasi, 46, 49, 100, 101, 115, 116

Sistem asuransi, 82, 154, 188, 200

Sistem kesejahteraan rakyat, 14

Sosial illfare, 54

Spekulatif, 27

Standar komoditi, 88

Standar proses, 88

Struktur organisasi, 106, 124, 126

Subsidi, 9, 15, 174, 210

Sumber daya, 5, 29, 30, 41, 45, 47, 50, 64, 66, 67, 86, 93, 103, 104, 109, 116, 118, 131, 168, 185, 192, 228, 229

Sustainability, 12

T

Taiwan, 6

Teknologi terapan, 49

Tolong-menolong, 149

Tradisional, 46, 100, 115, 117, 121, 127

Transformasi, 17, 38, 145, 166, 194, 196, 197, 204

U

Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD), 124

Universal health coverage, 168, 191, 192, 216

V

Verifikatur, 70, 71

W

Welfare state, 5, 7

Z

Zat adiktif, 46

BIOGRAFI PENULIS

Ujianto Singgih

Peneliti Madya (IV/c) Bidang Studi Kemasyarakatan pada Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR RI. Menjadi peneliti P3DI sejak tahun 1990. Buku yang telah diterbitkan: *Landasan Sosiologi dalam Perancangan Undang-Undang* (P3DI-2011); *Implementasi Pembangunan Sosial* (Azza Grafika-2012); dan *Kontekstualisasi Kearifan Lokal dalam Pemberdayaan Masyarakat* (P3DI dan Azza Grafika-2013).

Hartini Retnaningsih

Perempuan, Islam, Lahir di Klaten, 25 April 1965 adalah Peneliti Bidang Studi Kemasyarakatan dengan kepakaran Pengkajian Dampak Sosial dan Evaluasi Program di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI. E-mail: hartiniretnaning@yahoo.com dan hartinir@setjen.dpr.go.id

Menamatkan SD s/d SMA, Klaten, Jawa Tengah, lulus SMA tahun 1984. Menyelesaikan S-1, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (Jurusan Ilmu Komunikasi) Universitas Diponegoro, Semarang, lulus tahun 1990. Menyelesaikan S-2, Program Pasca-Sarjana (Sosiologi Kekhususan Ilmu Kesejahteraan Sosial) Universitas Indonesia, Jakarta, lulus tahun 2000. Saat ini sedang menempuh Program S3 (Pasca-Sarjana Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial) Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia,

Menjadi peneliti Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI, Jakarta, 1992-sekarang. Pernah menjadi Asisten Dosen Perguruan Tinggi Ilmu Kepolisian (PTIK), Jakarta, 1992-1996. Menjadi Peneliti *Center for Social Development*, Jakarta, 1999-2000. Menjadi Dosen STIE Putra Perdana Indonesia, Tangerang, 2001-2012. Dosen STIE Bisnis Indonesia Tangerang, 2005-2006.

Biografi Penulis

Pernah studi Banding Biro Penelitian Parlemen Thailand, Bangkok, Thailand, September 1997. Mengikuti Seminar "Pendidikan dan Olah Raga", KBRI, Bangkok, Thailand, Juli 2002. Menjadi peserta Training "*Parliamentary Internship Program for Foreign Parliamentary Official*", Lok Sabha Secretariat, *Bureau of Parliamentary Studies and Training*, New Delhi, India, 19 September–8 November 2002. Mengikuti Training "*The Rights of the Child – A Practical Approach Phase-1 - 2007*", *SIDA-Children's Ombudsman Sweden*, Stockholm, Sweden, 1–19 Oktober 2007. Mengikuti Training "*The Rights of the Child – A Practical Approach Phase-2 - 2008*", *SIDA-Children's Ombudsman Sweden*, New Delhi, India, 29 April–2 Mei 2008. Mengikuti Training Penganggaran Pendidikan (di Sacramento, California) dan menjadi Peserta *National Conference of State Legislators* (NCSL) (di New Orleans, Louisiana), Amerika Serikat, 16–26 Juli 2008.

Tri Rini Puji Lestari

Perempuan, Islam, lahir di Jakarta, 8 Mei 1969, adalah Peneliti Bidang Kebijakan dan Manajemen Kesehatan di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI. Masuk sebagai CPNS pada 1 Maret 1998 dan diangkat menjadi PNS 1 Mei 1999, dan diangkat menjadi peneliti 1 Agustus 2000. Pendidikan S1 diselesaikan pada tahun 1997 dan S2 pada tahun 2004 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Depok. E-mail: tririnipl@hotmail.com.

Rahmi Yuningsih

Perempuan, Islam, lahir di Jakarta, 22 Juli 1987, adalah Peneliti Bidang kesehatan masyarakat di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI sejak April 2012. Menyelesaikan pendidikan S1 Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia pada tahun 2009, dan S2 Jurusan Kebijakan dan Hukum Kesehatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2014. E-mail: rahmi.yuningsih@dpr.go.id dan rahmi.yuningsih@yahoo.com.

Yulia Indahri

Perempuan, Islam, lahir di Jakarta, 22 Juli 1974. Masuk sebagai CPNS pada 1 Maret 1999 dan diangkat sebagai PNS tahun 2000. Resmi menjadi peneliti sejak 2001 dengan bidang kepakaran Studi

Masyarakat dan Sosiologi Perkotaan. Menyelesaikan Pendidikan S1 Jurusan Teknologi Pendidikan, IKIP Jakarta, tahun 1998. Menyelesaikan Pendidikan S2 Jurusan Development Studies, University of Est Anglia, Norwich, Inggris, tahun 2003. E-mail: y.indahri@gmail.com.

Sulis Winurini

Perempuan, Islam, lahir di Jakarta, 05 November 1980. Lulus S1 Psikologi UI pada tahun 2004, kemudian melanjutkan Magister Profesi Psikologi Industri dan Organisasi pada tahun yang sama. Menjadi peneliti pada Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR-RI sejak tahun 2010. Dapat dihubungi di alamat *e-mail* winurini@yahoo.com.