



Editor:
Sari Viciawati Machdum

JAMINAN SOSIAL
DI INDONESIA

30



Diterbitkan oleh :
P3DI Setjen DPR Republik Indonesia dan Azza Grafika



JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA

(Upaya Memberikan Perlindungan Sosial kepada Masyarakat)

Editor:
Sari Viciawati Machdum

Buku ini terdiri dari enam tulisan yang menjelaskan tentang kondisi jaminan sosial di Indonesia. *Pertama* menguraikan upaya penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia, *kedua* mengkaji jaminan kesehatan sosial dan tantangan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, *ketiga*, menelaah sistem jaminan sosial nasional. Telaah tersebut menggambarkan hakikat sistem jaminan sosial nasional dan bagaimana implmentasinya di lapangan. *Keempat*, menelusuri program kartu Jakarta sehat sebagai bentuk jaminan sosial untuk masyarakat Jakarta. *Kelima* tentang peran BPJS kesehatan dalam meningkatkan stratifikasi sosial dan mobilisasi sosial masyarakat Miskin. Tulisan *keenam*, menutup buku ini dengan kajian mengenai sistem rujukan pelayanan kesehatan dalam mendukung cakupan jaminan kesehatan semesta.

Secara umum, tulisan-tulisan yang ditampilkan para penulis dalam buku ini cukup memberi pencerahan dalam suasana hiruk pikuk persiapan penyelenggaraan jaminan sosial nasional berdasarkan UU SJSN dan UU BPJS. Fakta-fakta, gagasan-gagasan dan analisis yang ditampilkan para penulis cukup memberi penjelasan kepada pembaca tentang bagaimana sebaiknya pemerintah mempersiapkan perlindungan sosial bagi masyarakat.



Editor:
Sari Viciawati Machdum

JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA

**(Upaya Memberikan Perlindungan Sosial
kepada Masyarakat)**



Diterbitkan oleh:
P3DI Setjen DPR Republik Indonesia
dan Azza Grafika
2013



Judul:

Jaminan Sosial di Indonesia:
Upaya Memberikan Perlindungan Sosial Kepada Masyarakat

Perpustakaan Nasional:

Katalog Dalam Terbitan (KDT)
viii+153 hlm.; 17x24 cm
ISBN: 978-602-1247-01-3
Cetakan Pertama, 2013

Penulis:

Hartini Retnaningsih
Tri Rini Puji lestari
Rohani Budi Prihatin
Yulia Indahri
Mohammad Teja
Rahmi Yuningsih

Editor:

Sari Viciawati Machdum

Desain Sampul:

Fery C. Syifa

Tata Letak:

Y. Indahri

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:

Graha Azza Grafika Perumahan Alam Asri
B-1 No. 14 Serua Bojongsari Kota Depok 16520
Telp. +62 21-49116822

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

Jaminan sosial merupakan isu yang sangat menarik dalam beberapa tahun terakhir ini, yang salah satunya ditandai dengan perdebatan panjang antara DPR-RI dan Pemerintah pada saat pembentukan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS), yang notabene merupakan amanat dari UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN).

Buku berjudul "JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA (Upaya Memberikan Perlindungan Sosial kepada Masyarakat)" merupakan karya para Peneliti Bidang Sosial di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI. Buku ini merupakan penggalian dan pendalaman serta analisis berbagai masalah terkait jaminan sosial di Indonesia. Buku ini dimaksudkan untuk memberikan sumbangan pemikiran kepada para Anggota DPR-RI khususnya dan masyarakat pada umumnya yang ruang lingkup tugasnya terkait dengan masalah jaminan sosial. Diharapkan, buku ini akan bermanfaat dalam rangka mengembangkan kualitas penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia.

Jakarta, Agustus 2013

Dra. Damayanti, M.Si.



KATA PENGANTAR

KEPALA BIDANG PENGKAJIAN

PUSAT PENGKAJIAN, PENGOLAHAN DATA DAN INFORMASI

Menulis buku merupakan bagian dari tugas Peneliti di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR-RI. Selain merupakan konsekuensi dari jabatan fungsional yang diemban para peneliti, menulis buku juga merupakan konsekuensi dari posisi para peneliti sebagai *supporting system* dari Sekretariat Jenderal DPR-RI, yang bertugas memberikan layanan data dan informasi kepada para Anggota DPR-RI.

Selaku Kepala Bidang Pengkajian di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi, saya memberikan apresiasi atas penerbitan buku berjudul "JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA (Upaya Memberikan Perlindungan Sosial kepada Masyarakat)". Dan saya berharap, buku ini akan menambah kekayaan Ilmu Pengetahuan Sosial dan menjadi masukan bagi para Anggota DPR-RI dalam menjalankan tugas dan fungsinya di bidang legislasi, pengawasan, dan anggaran.

Jakarta, Agustus 2013

Dr. Phil. Poltak P. Nainggolan, MA



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR KEPALA P3DI	iii
KATA PENGANTAR KABID PENGKAJIAN P3DI	iv
DAFTAR ISI	v
P R O L O G	vii
BAB I UPAYA PENYELENGGARAAN JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA	
Hartini Retnaningsih.....	1
A. Penyelenggaraan Jaminan Sosial Pra-UU SJSN dan UU BPJS	7
B. Jaminan Sosial Menurut UU SJSN dan UU BPJS	14
C. Kesimpulan	29
BAB II JAMINAN KESEHATAN SOSIAL DAN TANTANGAN DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN KESEHATAN YANG BERMUTU	
Tri Rini Puji Lestari	31
A. Konsep Mutu Pelayanan Kesehatan	33
B. Jaminan Kesehatan Sosial dan Pelayanan Kesehatan Bermutu.....	37
C. Harapan Kedepan	40
D. Kesimpulan	45
BAB III SISTEM JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA: APA DAN BAGAIMANA?	
Rohani Budi Prihatin	49
A. Sejarah Jaminan Sosial di Indonesia	51
B. Upaya Peningkatan dan Pengembangan	53
C. Pendanaan, Cakupan, dan Penyelenggara Program....	55
D. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....	57
E. Prinsip Asuransi Sosial	58
F. Paradigma SJSN	61
G. Kesimpulan	64

BAB IV	PROGRAM KARTU JAKARTA SEHAT SEBAGAI BENTUK JAMINAN SOSIAL UNTUK MASYARAKAT JAKARTA	
	Yulia Indahri.....	67
	A. Jaminan Sosial.....	70
	B. Kualitas Kesehatan Masyarakat Perkotaan	73
	C. Program Kesehatan untuk Masyarakat Perkotaan Indonesia	78
	D. Jaminan Kesehatan untuk Warga Jakarta.....	83
	E. Evaluasi Jaminan Kesehatan.....	90
	F. Kesimpulan	93
BAB V	PERAN BPJS KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN STRATIFIKASI SOSIAL DAN MOBILISASI SOSIAL MASYARAKAT MISKIN	
	Mohammad Teja	99
	A. BPJS dan Masyarakat Miskin	105
	B. BPJS dan Perubahan Stratifikasi Sosial Masyarakat Miskin	109
	C. Peran BPJS dalam Mendorong Mobilisasi Sosial Masyarakat Miskin	112
	D. Kesimpulan	116
BAB VI	SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN DALAM MENDUKUNG CAKUPAN JAMINAN KESEHATAN SEMESTA	
	Rahmi Yuningsih.....	119
	A. Cakupan Jaminan Kesehatan Semesta.....	123
	B. Kondisi Rujukan Pelayanan Kesehatan Saat Ini.....	126
	C. Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan dalam Mendukung Cakupan Jaminan Kesehatan Semesta....	130
	D. Kesimpulan	135
EPILOG	139
RIWAYAT SINGKAT EDITOR DAN PENULIS	145
INDEKS	149



PROLOG

Buku berjudul “**JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA (Upaya Memberikan Perlindungan Sosial kepada Masyarakat)**” merupakan karya para Peneliti Bidang Sosial di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR-RI. Buku ini diinspirasi oleh berbagai permasalahan yang muncul dalam penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia selama ini.

Ada enam tulisan dalam buku ini, yang semuanya berupaya menampilkan gambaran tentang kondisi jaminan sosial di Indonesia.

Tulisan *pertama* berjudul “**Upaya Penyelenggaraan Jaminan Sosial di Indonesia**” oleh Hartini Retnaningsih, menggambarkan upaya yang telah dilakukan negara dalam rangka memberikan jaminan sosial kepada masyarakat. Dari penyelenggaraan jaminan sosial yang dilakukan secara parsial hingga akhirnya lahir UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Tulisan *kedua* berjudul “**Jaminan Kesehatan Sosial dan Tantangan dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan yang Bermutu**” oleh Tri Rini Puji Lestari, menggambarkan tentang kondisi penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia yang diharapkan akan berdampak pada kesejahteraan masyarakat. Penulis mengemukakan pentingnya para pengambil kebijakan dan pelaksana untuk memahami tantangan-tantangan yang ada di lapangan, dan yang lebih penting lagi, tantangan-tantangan tersebut harus dicarikan solusinya.

Tulisan *ketiga* berjudul “**Sistem Jaminan Sosial Nasional: Apa dan Bagaimana?**” oleh Rohani Budi Prihatin, menggambarkan tentang apa itu sistem jaminan sosial nasional dan bagaimana implementasinya di lapangan. Tulisan ini merupakan pembahasan jaminan sosial secara luas yang diharapkan dapat diterapkan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Tulisan *keempat* berjudul “**Program Kartu Jakarta Sehat sebagai Bentuk Jaminan Sosial untuk Masyarakat Jakarta**”, oleh Yulia Indahri, menggambarkan penyelenggaraan jaminan sosial yang dilaksanakan

secara parsial, khususnya untuk masyarakat Jakarta. Tulisan ini juga menggambarkan betapa rumitnya mengurus perlindungan sosial bagi masyarakat di perkotaan seperti Jakarta.

Tulisan *kelima* berjudul "**Peran BPJS Kesehatan dalam Meningkatkan Stratifikasi Sosial dan Mobilisasi Sosial Masyarakat Miskin**", oleh Mohammad Teja, menggambarkan tentang bagaimana lembaga penyelenggara jaminan kesehatan seharusnya memberikan perlindungan sosial kepada masyarakat, di mana diharapkan peran BPJS yang optimal akan membawa dampak peningkatan kesejahteraan masyarakat yang ditandai dengan peningkatan stratifikasi sosial dan mobilitas sosial masyarakat miskin.

Tulisan *keenam* berjudul "**Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan dalam Mendukung Cakupan Jaminan Kesehatan Semesta**", oleh Rahmi Yuningsih, menggambarkan tentang pentingnya sistem yang baik dalam memberikan rujukan bagi masyarakat guna mendapatkan layanan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan semesta. Tulisan ini diinspirasi oleh masih banyaknya masyarakat yang belum mendapatkan akses layanan kesehatan yang memadai selama ini.

Sangat besar harapan, buku ini akan bermanfaat bagi para Anggota DPR-RI dan sekaligus juga menjadi inspirasi bagi penelitian dan penulisan lebih lanjut tentang masalah jaminan sosial di Indonesia.

Selamat membaca,

Agustus, 2013
Editor,

Sari Viciawati Machdum



BAB I

UPAYA PENYELENGGARAAN JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA

Hartini Retnaningsih¹

Hingga sekarang jaminan sosial di Indonesia terus dibenahi, bukan saja melibatkan Pemerintah sebagai unsur utama yang bertanggung jawab atas penyelenggaraan jaminan sosial, namun juga melibatkan berbagai pihak lain yang menjadi pemangku kepentingan. Tak dapat dipungkiri bahwa masalah jaminan sosial menjadi isu yang seksi dan terus menarik perhatian, dikarenakan setiap negara memiliki kewajiban untuk menyejahterakan rakyatnya dan harus mengupayakan kesejahteraan tersebut setidaknya di level dasar.

Masalah jaminan sosial terus aktual di Indonesia, mengingat masih banyaknya masyarakat yang belum memiliki jaminan sosial yang memadai atas dirinya, yang berimplikasi pada aspek-aspek kehidupan lainnya termasuk ekonomi. Jaminan sosial berkolerasi dengan kesejahteraan masyarakat, di mana masyarakat dengan kondisi jaminan sosial yang bagus akan berdampak pada kesejahteraan masyarakat yang bagus pula.

Sejak awal negara Indonesia dibentuk hingga saat ini masalah jaminan sosial dan kesejahteraan terus menjadi isu krusial yang membutuhkan perhatian. Belum adanya sistem jaminan sosial yang *established* mengakibatkan banyak masalah bermunculan terkait kehidupan masyarakat, di antaranya kehidupan ekonomi yang kurang

¹ Penulis adalah Peneliti Bidang Studi Kemasyarakatan di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI. E-mail: hartiniretnaning@yahoo.com.

menguntungkan yang mengakibatkan orang menjadi miskin, layanan kesehatan yang yang tidak optimal dan tidak komprehensif sehingga mengakibatkan penderitaan, dan pendidikan yang kurang memihak pada masyarakat, dan lain sebagainya.

Terkait masalah jaminan sosial, negara telah memberikan respons dengan adanya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disingkat UU SJSN) yang dihasilkan setelah lahirnya Orde Reformasi. Di dalam UU SJSN tersebut diamanatkan, negara memberikan jaminan sosial kepada masyarakat Indonesia secara keseluruhan. Namun, dalam kenyataannya, selama bertahun-tahun UU SJSN tidak dapat diimplementasikan. UU SJSN hanya sebagai macan kertas, yang tak ada manfaatnya dalam kehidupan nyata masyarakat. Kendala terbesar dalam implementasi UU SJSN adalah belum adanya undang-undang yang menjadi payung untuk pelaksanaan program jaminan sosial. Pembahasan RUU BPJS memakan waktu yang panjang dan berlarut-larut karena adanya banyak benturan kepentingan, dan baru pada akhir tahun 2011 RUU BPJS disetujui dan kemudian disahkan menjadi UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disingkat UU BPJS). UU BPJS ini memiliki kedudukan yang strategis karena merupakan acuan bagi penyelenggaraan program jaminan sosial di Indonesia.

Dalam rangka perwujudan penyelenggaraan jaminan sosial yang mampu menjangkau seluruh masyarakat Indonesia, ada sejumlah pertanyaan yang perlu dicermati dalam hal ini, di antaranya: 1) Bagaimana penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia sebelum adanya UU SJSN dan UU BPJS?; 2) Bagaimana penyelenggaraan jaminan sosial menurut UU SJSN dan UU BPJS?

Kesejahteraan mencakup berbagai hal yang terkait dengan upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Salah satu hal yang tercakup dalam kesejahteraan adalah jaminan sosial bagi masyarakat. Tulisan ini ingin mengkaji berbagai masalah yang terkait dengan upaya penyelenggaraan jaminan sosial dalam rangka perwujudan kesejahteraan masyarakat.

Menurut *Universal Declaration of Human Rights, 1948 (Article 22)*,
*"Everyone, as a member of society, has the right to social security and is entitled to the realisation, through national effort and international cooperation and in accordance with the organization and resources of each state, of the economic, social and cultural rights indispensable for his dignity and the free development of his personality."*²

² Pat O'Malley, *Risk, Uncertainty and Goverment* (New South Wales: Glass-House Press, 2004), hlm. 42.

Dan *Universal Declaration of Human Rights, 1948 (Article 25)* berbunyi:

"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 security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control."³

Dengan demikian, setiap manusia sesungguhnya berhak atas jaminan sosial, yang mencakup kehidupan yang layak atas kesehatan dan kesejahteraan diri dan keluarganya yang mencakup makanan, pakaian, perumahan, pengobatan dan pelayanan sosial walau dalam keadaan menganggur, sakit, cacat, janda, lanjut usia, maupun ketimpangan hidup lainnya yang tak diinginkan. Oleh karenanya, negara wajib memberikan jaminan sosial ini kepada masyarakat.

Jaminan sosial atau asuransi sosial berbeda dengan asuransi komersial yang juga ada dalam masyarakat. Menurut Asyhadie, Perbedaan antara asuransi komersial dan asuransi sosial dapat dilihat pada Tabel 1.⁴

Tabel 1.
Perbedaan Asuransi Komersial
dengan Asuransi Sosial

Aspek	Asuransi Komersial	Asuransi Sosial
Kepesertaan	Sukarela bagi setiap orang atau unit organisasi	Wajib secara nasional bagi mereka yang ditentukan
Besarnya hak	Besarnya perlindungan sesuai kebutuhan dan kemampuan tertanggung yang ditentukan dalam polis (perjanjian)	Hanya memberikan perlindungan dasar yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan
Penyelenggara	Dilakukan oleh berbagai perusahaan yang saling bersaing	Dilakukan oleh pemerintah secara nasional
Seleksi peserta	Biasanya dilakukan perbedaan dan seleksi terutama bagi yang menyangkut kesehatan dan umur	Tidak diadakan perbedaan dan seleksi

³ Loc. cit.

⁴ Zaeni Asyhadie, *Aspek-Aspek Hukum Jaminan Sosial Tenaga Kerja di Indonesia* (Jakarta: Rajawali Pers, 2008), hlm. 32.

Dari Tabel tersebut terlihat jaminan sosial memiliki ciri yang lebih memihak kepada kepentingan masyarakat banyak, dan porsi penyelenggaraan lebih besar berada pada negara. Dengan kata lain, jaminan sosial merupakan bagian penting dari penyelenggaraan pemerintahan suatu negara, karena jaminan sosial bertujuan memberikan perlindungan dan bantuan serta akses pemenuhan kebutuhan dasar bagi warga negara/masyarakat.

Menurut definisi *International Labour Organization* (ILO), jaminan sosial adalah perlindungan yang diberikan oleh masyarakat untuk masyarakat melalui seperangkat kebijaksanaan publik terhadap tekanan-tekanan ekonomi sosial bahwa jika tidak diadakan sistem jaminan sosial akan menimbulkan hilangnya sebagian pendapatan sebagai akibat sakit, persalinan, kecelakaan kerja, sementara tidak bekerja, hari tua dan kematian dini, perawatan medis termasuk pemberian subsidi bagi anggota keluarga yang membutuhkan.⁵ Dengan demikian jaminan sosial dibangun atas kehendak masyarakat melalui kebijakan negara atau pemerintah, untuk memberikan perlindungan dari berbagai kerentanan dan ancaman berbagai masalah kesehatan, sosial, dan ekonomi yang mungkin akan dihadapi.

Menurut Soendoro, ada tiga pilar yang mendasari sistem jaminan sosial: 1) Bantuan/pelayanan sosial. Sistem ini didanai dari sumber pajak oleh negara atau sumbangan dari pihak yang mempunyai status ekonomi yang kuat; 2) Tabungan wajib. Setiap orang diwajibkan menabung untuk dirinya sendiri (*provident fund*) sebagaimana yang telah dilaksanakan dalam program Jaminan Hari Tua Jamsostek atau Program Jaminan Pensiun Taspen; 3) Asuransi sosial, di mana setiap peserta membayar iuran atau premi yang sifatnya wajib. Bisa juga premi/iuran dibayarkan oleh pihak lain atau oleh pemerintah, bagi mereka yang miskin. Sistem asuransi sosial ini paling baik, karena dana yang terkumpul memadai, dan tahan lama, sehingga paling banyak digunakan di dunia.⁶

Ketiga pilar tersebut merupakan penyangga yang saling mendukung satu sama lain bagi penyelenggaraan jaminan sosial bagi masyarakat, di mana bantuan sosial akan dapat dinikmati masyarakat jika dana terkumpul dalam jumlah yang memadai dari para peserta jaminan sosial. Prinsip jaminan sosial adalah dari masyarakat kembali ke masyarakat, di mana terjadi subsidi silang dari pihak yang kuat/mampu kepada pihak yang lemah/miskin.

⁵ Emir Soendoro, *Jaminan Sosial Solusi Bangsa Indonesia Berdikari* (Jakarta: Dinov ProGRESS Indonesia, 2009), hlm. 51.

⁶ *Ibid.*, hlm. 12.

Menurut Subianto, hakikat jaminan sosial adalah: 1) Jaminan sosial sebagai suatu sistem. Sebagai suatu sistem, jaminan sosial dapat memberikan energi bagi setiap warga negara dan penduduk suatu negara untuk membangun cita-cita negaranya menuju masyarakat yang adil, makmur dan sejahtera; 2) Jaminan sosial sebagai sumber dana jangka panjang. Para peserta jaminan sosial memberikan kontribusinya yang kemudian dikelola oleh lembaga jaminan sosial yang ditunjuk. Kontribusi itu ada yang menamakan iuran, tabungan, atau premi. Kontribusi itu dibayarkan semasa ia bekerja dan memperoleh penghasilan; 3) Jaminan sosial sebagai suatu program. Jaminan sosial dapat berupa jaminan pensiun, jaminan tunjangan hari tua (THT), jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan pendidikan, dan jaminan perumahan.⁷

Dalam hal ini jaminan sosial dapat dipandang sebagai suatu sistem, karena jaminan sosial dikelola berdasarkan sistem iuran dari para peserta, dan subsidi silang antara pengiur (yang mampu) kepada orang miskin. Di tingkat nasional, jaminan sosial merupakan suatu sistem yang lebih luas karena mencakup layanan bagi semua warga negara/masyarakat.

Jaminan sosial bagi masyarakat pada umumnya dikelola dalam bentuk asuransi sosial. Menurut Darmawi, asuransi sosial adalah asuransi yang dikelola oleh pemerintah atau instansi atau badan yang ditunjuk oleh pemerintah sebagai pengelola asuransi. Berbeda dengan asuransi komersial, asuransi sosial hanya mencakup perlindungan dasar yang biasanya ditentukan dalam peraturan perundungan.⁸

Salah satu bentuk jaminan sosial adalah jaminan hari tua. Menurut Asyhadie, jaminan hari tua merupakan program tabungan wajib yang berjangka panjang di mana iurannya ditanggung oleh pekerja/buruh dan pengusaha, namun pembayarannya kembali hanya dapat dilakukan apabila telah memenuhi syarat-syarat tertentu.⁹ Hal ini berarti: 1) Program jaminan hari tua bersifat wajib, sebab tanpa kewajiban yang dipaksakan dengan sanksi, seringkali sulit bagi pekerja/buruh untuk menabung demi masa depannya sendiri, dan bagi pengusaha untuk memikirkan kesejahteraan para pekerja/buruhnya; 2) Program ini berjangka panjang, karena memang dimaksudkan untuk hari tua, maka tidak dapat diambil sewaktu-waktu; 3) Iurannya ditanggung oleh pekerja/buruh sendiri ditambah dengan iuran dari pengusaha untuk

⁷ Achmad Subianto, *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Pilar Penyangga Kemandirian Perekonomian Bangsa* (Jakarta: Gibon Books, 2010), hlm. 66–72.

⁸ Herman Darmawi, *Manajemen Asuransi* (Jakarta: Bumi Aksara, 2004), hlm. 168.

⁹ Zaeni Asyhadie, *op. cit.*, hlm. 160.

diakreditir pada rekening masing-masing peserta (pekerja/buruh) oleh badan penyelenggara; 4) Adanya persyaratan jangka waktu pengambilan jaminan. Ini dimaksudkan agar jumlahnya cukup berarti untuk bekal hari tua, kecuali peserta yang bersangkutan meninggal dunia atau cacat tetap total sebelum hari tua.¹⁰ Dengan demikian, jaminan hari tua memberi harapan bagi masa depan seseorang, agar yang bersangkutan dapat hidup memadai setelah tidak lagi mampu berkarya secara produktif karena usianya yang lanjut. Program jaminan hari tua sangat disarankan bagi para pekerja, di mana melalui prinsip asuransi, para pekerja menabung untuk kehidupan di hari tuanya.

Menurut Magee, jaminan sosial (*social insurance*) merupakan 'asuransi wajib', karena itu setiap orang atau penduduk harus memilikiinya. Jaminan ini bertujuan supaya setiap orang mempunyai jaminan untuk hari tuanya (*old age*). Bentuk ini dilaksanakan dengan "paksa", misalnya dengan memotong gaji pegawai sekitan persen setiap bulan (umpamanya 10 persen). Contoh jaminan sosial yang lain ialah, jika seseorang sakit harus dijamin pengobatannya, kecelakaan, invalid, mencapai umur ketuaan, atau hal-hal yang menyebabkan timbulnya pengangguran.¹¹ Jaminan sosial merupakan program yang seharusnya dimiliki oleh setiap negara, karena negara bertanggung jawab atas kesejahteraan masyarakatnya. Agar setiap warga masyarakat mendapatkan jaminan sosial, maka sebaiknya program jaminan sosial diselenggarakan secara sistematis oleh negara secara nasional. Kalaupun sekarang ini di Indoensia berlaku sistem pemerintahan otonomi daerah, maka perlu dibuat mekanisme yang jelas bagaimana koordinasi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah guna memberikan jaminan sosial bagi masyarakat.

Menurut Salim, asuransi sosial sebetulnya tidaklah menjamin suatu risiko di dalam pertanggungan asuransi jiwa. Alasan yang dapat dikemukakan ialah, sebab tidak menjamin risiko kematian, oleh karena pada umumnya uang yang dibayarkan kepada pihak yang bersangkutan, merupakan uang yang ditabung tiap-tiap orang yang diambil dari gajinya.¹² Namun demikian, dengan asuransi sosial maka setiap orang akan merasa lebih tenang hidupnya jika dibandingkan dengan hidup tanpa asuransi sosial. Hidup tanpa asuransi sosial berarti seseorang harus membayar segala sesuatu yang terkait dengan kehidupannya seperti berobat ketika sakit, membayar biaya rumah sakit, membayar biaya kecelakaan, dan sebagainya.

¹⁰ Zaeni Asyhadi, *loc. cit.*

¹¹ H. Abbas Salim, *Asuransi dan Manajemen Resiko* (Jakarta: PT Rajagrafindo Persada, 2000), hlm. 2.

¹² *Ibid.*, hlm. 123.

Jaminan sosial umumnya lebih banyak menyangkut "kesejahteraan sosial" dari masyarakat, daripada arti mempertanggungkan risiko-risiko kerugian. Agar dapat membedakan dengan nyata pengertian asuransi jiwa dengan jaminan sosial, perlu dimengerti makna dan unsur-unsur yang terdapat pada jaminan sosial tersebut.¹³ Jaminan sosial lebih mengarah pada upaya untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia (yang mungkin tak dapat dipenuhi oleh orang miskin atau orang-orang yang kurang beruntung lainnya), sedangkan asuransi jiwa lebih mengarah pada pengalihan risiko-risiko kerugian yang bersifat relatif dari individu-individu dalam masyarakat yang memiliki banyak pilihan dalam hidupnya.

Menurut Salim, "Jaminan sosial dapat dirumuskan secara umum sebagai segala macam jaminan serupa dengan asuransi, yang melindungi orang terhadap risiko sosial."¹⁴ Risiko sosial ini merupakan hal yang hampir pasti terjadi, sebagai konsekuensi kehidupan manusia dalam masyarakat. Selanjutnya, Salim mengemukakan ciri-ciri dari jaminan sosial tersebut: a) Risiko yang dijamin menyangkut umum dan merupakan tanggung jawab masyarakat; b) Jaminan ini dianggap menguntungkan rakyat seluruhnya; c) Jaminan sosial menanggung sebagian besar dari penduduk; d) Orang-orang yang langsung berkepentingan tidak memikul seluruh pembiayaan dan acap kali hanya sebagian kecil saja yang mereka pikul; e) Tunjangan yang didapatkan lazimnya hanya memenuhi kebutuhan primer yang minimum (*subsistence level*); f) Ikut serta dalam jaminan dan iuran lazimnya diwajibkan; g) Jaminan yang diselenggarakan atas dasar tidak mencari keuntungan; h) Tujuan yang akan dicapai ialah kesejahteraan sosial (*social welfare*) dan bukan keadilan bagi perseorangan.¹⁵

A. Penyelenggaraan Jaminan Sosial Pra-UU SJSN dan UU BPJS

Pada masa sebelum adanya UU SJSN dan UU BPJS, masalah jaminan sosial belum mendapat perhatian secara komprehensif. Permasalahan yang sensitif terhadap kesejahteraan masyarakat ini seolah hanya menjadi persoalan kecil yang kurang penting untuk diatasi. Padahal jaminan sosial merupakan masalah krusial bagi masyarakat.

¹³ *Ibid.*, hlm. 123-124.

¹⁴ *Ibid.*, hlm. 124.

¹⁵ *Loc. cit.*

Tabel 3.
Indikator Penduduk yang Mengalami Keluhan Penyakit Sebulan Lalu

Tahun	Indikator
1995	25,38
1996	25,13
1997	24,41
1998	25,43
1999	24,65
2000	27,08
2001	25,49
2003	24,41
2004	26,51
2005	26,68
2006	28,15
2007	30,90
2008	33,24
2009	33,68
2010	30,97
2011	29,31

Di bidang kesehatan misalnya terlihat indikator yang mengalami penurunan dan kenaikan secara fluktuatif dari penduduk yang mengalami keluhan penyakit, sebagaimana terlihat dalam Tabel di atas.

Jika dikaitkan dengan masalah jaminan sosial di bidang kesehatan, kondisi data yang fluktuatif dari tahun ke tahun terkait dengan masalah penanganan jaminan sosial di bidang kesehatan. Data tersebut menggambarkan betapa kesehataan merupakan permasalahan yang terus terjadi dalam kehidupan masyarakat, sehingga membutuhkan perhatian dan solusi dari negara.

Masalah jaminan sosial bagi masyarakat untuk hidup secara layak juga berdampak pada pendidikan. Jaminan sosial yang kurang baik pada umumnya akan berbanding lurus dengan kondisi kualitas pendidikan masyarakat. Gambaran tentang kondisi pendidikan di Indonesia dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4.
Indikator Pendidikan yang Ditamatkan
Penduduk 15 Tahun ke Atas

Tahun	Tidak/ Belum Sekolah	Tidak Tamat SD	SD/ Sederajat	SMP/ Sederajat	SM+/ Sederajat
1994	13,79	22,34	32,82	14,51	16,53
1995	14,47	23,04	31,71	14,17	16,61
1996	13,63	20,88	32,73	15,05	17,71
1997	11,93	19,49	33,11	16,43	19,04
1998	11,54	19,49	33,16	16,27	19,55
1999	11,23	18,71	32,57	16,97	20,51
2000	11,00	18,04	32,33	17,54	21,09
2001	11,65	17,53	33,03	17,07	20,71
2002	9,81	16,17	33,40	18,21	22,41
2003	9,62	15,74	33,22	19,00	22,41

Tabel 5.
Indikator Buta Huruf

Tahun	Angka Buta Huruf 10th+	Angka Buta Huruf 15+	Angka Buta Huruf 15–44+	Angka Buta Huruf 45th+
1994	12,74	14,84	6,90	36,06
1995	13,74	15,95	7,45	37,80
1996	12,65	14,66	6,89	34,54
1997	10,93	12,59	5,54	31,00
1998	10,58	12,11	5,15	29,74
1999	10,21	11,36	4,63	28,83
2000	10,08	11,42	4,50	28,54
2001	10,73	12,11	4,78	30,31
2002	9,29	10,49	3,75	26,84
2003	9,07	10,21	3,88	25,43
2004	8,53	9,62	3,30	24,87
2005	8,09	9,09	3,09	22,83
2006	7,61	8,55	2,89	21,09
2007	7,26	8,13	2,96	18,94
2008	6,95	7,81	1,95	19,59
2009	6,59	7,42	1,80	18,68
2010	6,34	7,09	1,71	18,25
2011	6,44	7,19	2,30	17,89

Data tersebut menunjukkan adanya penurunan angka buta huruf di berbagai kategori. Angka buta huruf 10th+ berkurang dari indikator 12,74 tahun 1994 menjadi 6,44 tahun 2011. Angka buta huruf 15th+ berkurang dari indikator 14,48 tahun 1994 menjadi 7,19 tahun 2011. Angka buta huruf 15–44th+ berkurang dari indikator 6,90 tahun 1994 menjadi 2,30 tahun 2011. Angka buta huruf 45th+ berkurang dari indikator 36,06 menjadi 17,89 tahun 2011. Jika dilihat sekilas, rata-rata penurunan sekitar separuh dari posisi angka tahun 1994. Hal ini berarti terjadi peningkatan kuantitas manusia Indonesia di bidang literasi selama kurun waktu tersebut.

Memang secara riil data-data dari kedua tabel tersebut di atas menunjukkan adanya peningkatan kuantitas partisipasi masyarakat dalam pendidikan dan literasi. Namun, jika dilihat dari sisi kualitas, berdasarkan data *Education for All (EFA) Global Monitoring Report 2012: Youth and Skills: Putting Education to Work* yang dikeluarkan Organisasi Pendidikan, Ilmu Pengetahuan, dan Kebudayaan Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNESCO), Indonesia berada di posisi ke-64 dari 120 negara di dunia yang mengelompokkan Indonesia ke dalam kelompok menengah.¹⁸ Perkembangan pendidikan Indonesia masih kalah bila dibandingkan dengan negara-negara berkembang lainnya. Sementara menurut tabel liga global yang diterbitkan oleh firma pendidikan Pearson, Sistem Pendidikan Indonesia menempati peringkat terendah di dunia.¹⁹ Sedangkan dalam Indeks Pembangunan Manusia (HDI) 2011 yang dipublikasikan oleh UNDP, Indonesia berada di posisi 124 dari 187 negara yang ada dalam Indeks.²⁰

Jika dikaitkan dengan jaminan sosial maka gambaran d

Menurut Kamus Webster New Universal Unabridged Dictionary yang dikutip Tabrani: "...*Social insurance is any government insurance intended to protect in low income groups against economic and industrial hazard: it includes accident insurance, unemployment insurance, health insurance, old age pensions, and maternity insurance.*"²¹ Dengan demikian, jaminan sosial dimaksudkan untuk melindungi kelompok masyarakat berpenghasilan rendah dari bahaya atau risiko ekonomi dan industri, di mana perlindungan tersebut mencakup jaminan kecelakaan, pengangguran, kesehatan, lanjut usia, dan kematian.

Sebelum adanya UU SJSN dan UU BPJS, Indonesia telah menyelenggarakan jaminan sosial di bidang kesehatan, sosial, dan ketenagakerjaan bagi masyarakat, melalui program-program yang dikelola oleh PT ASKES, PT TASPEN, PT ASABRI, dan PT JAMSOSTEK. Meskipun lembaga-lembaga tersebut telah melakukan berbagai program jaminan sosial, namun dalam kenyataan belum seluruh masyarakat tercakup dalam layanan mereka. Hal ini dikarenakan belum ada UU yang mengatur secara jelas tentang hak-hak masyarakat termasuk masyarakat miskin untuk mendapatkan jaminan sosial dari negara. Apa yang telah dilakukan PT ASKES, PT TASPEN, PT ASABRI, dan PT JAMSOSTEK telah mengacu pada prinsip-prinsip asuransi sosial, walau belum ada UU khusus yang menaunginya.

Program jaminan kesehatan dari PT ASKES misalnya, berdasarkan konsep Tabrani, merupakan asuransi kesehatan sosial, yaitu asuransi kesehatan yang wajib diikuti oleh semua penduduk atau oleh seluruh anggota masyarakat tertentu, seperti pekerja atau anggota koperasi, dengan premi dan paket pelayanan yang ditetapkan undang-undang. Umumnya besar premi proporsional terhadap penghasilan sehingga aspek *equity* lebih terjamin. Pelaksanaannya dapat dilakukan oleh suatu badan (monopoli) atau oleh berbagai badan yang harus bersaing pada pelayanan, karena paket benefit dan premi telah ditetapkan oleh undang-undang.²²

Sebelum lahirnya UU SJSN dan UU BPJS, apa yang dilakukan PT ASKES masih bersifat parsial, karena belum seluruh masyarakat mendapatkannya. Sebagaimana dikemukakan Tabrani, jika penyelenggaraan asuransi sosial dikelola oleh suatu badan untuk seluruh penduduk suatu negara, maka sering disebut sebagai asuransi kesehatan nasional (*national health insurance*).²³ Demikian juga dengan program-

²¹ Hasbullah Tabrani, *Asuransi Kesehatan (Pilihan Kebijakan Nasional)* (Jakarta: FKM UI, 1998), hlm. 11.

²² *Ibid.*, hlm. 48-49.

²³ *Ibid.*, hlm. 49.

program yang dikelola PT TASPEN, PT ASABRI, dan PT JAMSOSTEK, semuanya masih bersifat parsial dan hanya untuk kelompok masyarakat tertentu saja.

Sebagaimana dikemukakan Purwoko,

*"Jamsostek is basically as a social insurance system whose function is to currently provide a floor protection for employees and their families against social hazards. The difference between social insurance and universal program is that the financing sources. Under a universal program and social assistance, they are principally financed by the government budget and organized directly by the governmental institution, eg. Department of Social Security and or other governmental entities as autonomous institution. In Indonesia, universal programs are mentioned above have not been institutionalized until recently. In place of that, social safety net (JPS) was established by the government in 1998 based on Presidential Decree No. 190 Year 1998."*²⁴

Dalam hal ini, sebagai lembaga asuransi sosial, PT JAMSOSTEK menyelenggarakan jaminan sosial secara parsial, karena hanya para pekerja yang menjadi pesertanya. Demikian juga PT TASPEN yang hanya mengurus jaminan sosial untuk para pegawai negeri dan PT ASABRI yang hanya mengurus jaminan sosial untuk para anggota TNI/Polri. Kondisi tersebut mengusik para ahli dan politisi serta negarawan untuk membentuk sebuah sistem jaminan sosial nasional yang bermanfaat bagi seluruh masyarakat.

B. Jaminan Sosial Menurut UU SJSN dan UU BPJS

1. Jaminan Sosial Menurut UU SJSN

Berangkat dari pengalaman yang kurang baik terkait penyelenggaraan jaminan sosial pada masa lalu, yang pada umumnya diselenggarakan secara parsial, maka pada tahun 2004 lahir UU SJSN yang diikuti dengan UU BPJS pada tahun 2011. Menurut UU SJSN ini,

²⁴ Bambang Purwoko, *Towards A Social Security Reform: The Indonesian Case* (Jakarta: Meganet, 1999), hlm. 28.

"Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak."²⁵

Menurut Asyhadie, jaminan sosial dapat diartikan secara luas dan dapat pula diartikan secara sempit. Dalam pengertiannya yang luas jaminan sosial meliputi berbagai usaha yang dapat dilakukan oleh masyarakat dan/atau pemerintah.²⁶ UU SJSN dalam hal ini dapat dikatakan sebagai upaya yang dilakukan negara untuk memberikan jaminan sosial bagi masyarakat, agar masyarakat dapat memenuhi kebutuhan hidupnya secara layak.

Kertonegoro mengelompokkan jaminan sosial ke dalam empat kegiatan utama: 1) Usaha-usaha yang berupa pencegahan dan pengembangan, yaitu usaha-usaha di bidang kesehatan, keagamaan, keluarga berencana, pendidikan, bantuan hukum, dan lain-lain yang dapat dikelompokkan dalam pelayanan sosial (*social services*); 2) Usaha-usaha yang berupa pemulihan dan penyembuhan, seperti bantuan untuk bencana alam, lanjut usia, yatim piatu, penderita cacat dan berbagai ketunaan yang dapat disebut sebagai bantuan sosial (*social assistance*); 3) Usaha-usaha yang berupa pembinaan, dalam bentuk perbaikan gizi, perumahan, transmigrasi, koperasi, dan lain-lain yang dapat dikategorikan sebagai sarana sosial (*social infrastructure*); 4) Usaha-usaha di bidang perlindungan ketenagakerjaan yang khusus ditujukan untuk masyarakat tenaga kerja yang merupakan inti tenaga pembangunan dan selalu menghadapi risiko-risiko sosial ekonomis, digolongkan dalam asuransi sosial (*social insurance*).²⁷

Dengan demikian, jaminan sosial mencakup empat kegiatan utama yang dimaksudkan untuk memberikan pelayanan sosial, bantuan sosial, sarana sosial, dan asuransi sosial kepada masyarakat. Hal tersebut tentu saja mempunyai tujuan jangka panjang yang terkait dengan kesejahteraan masyarakat. Jika keempat usaha tersebut dapat dilakukan dengan baik oleh negara kepada masyarakat, maka akan berdampak pada peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Menurut UU SJSN, "Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial."²⁸ Jaminan sosial juga dapat dipandang sebagai sumber dana jangka panjang, karena para peserta menabung atau mengiur semasa bekerja dan akan mendapatkan kembali uangnya

²⁵ UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 1 Butir 1.

²⁶ Zaeni Asyhadie, *op. cit.*, hlm. 26.

²⁷ *Ibid.*, hlm. 26-27.

²⁸ UU No. 40 Tahun 2004, *op. cit.*, Pasal 1 Butir 2.

ketika pensiun. Jaminan sosial juga dapat dipandang sebagai program, karena di dalamnya terdapat beberapa program seperti jaminan hari tua, jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan pendidikan, dan jaminan perumahan bagi para peserta.

Dalam UU SJSN, jaminan sosial diselenggarakan dengan sistem iuran, di mana masyarakat yang mampu harus mengiur dan masyarakat yang miskin dibayar iurannya oleh pemerintah. Hal ini terlihat dari Pasal 1 Butir 5 UU SJSN yang berbunyi, "Bantuan iuran adalah iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program jaminan sosial."²⁹ Dengan demikian masyarakat miskin tetap mendapatkan jaminan sosial dan dapat mengakses layanan walau mereka tidak dapat membayar iuran.

Dalam UU SJSN, penyelenggaraan program jaminan sosial dilakukan oleh sebuah badan hukum yang diberi wewenang dan tanggung jawab atas masalah tersebut. Sebagaimana tercantum dalam Pasal 1 Butir 6 UU SJSN yang berbunyi, "Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial."³⁰ Badan ini akan menangani pelayanan jaminan sosial bagi masyarakat, di mana penanganan dilakukan secara nasional dan komprehensif di seluruh Indonesia.

Dalam UU SJSN, pendanaan diselenggarakan dengan sistem iuran, sebagaimana tercantum dalam Pasal 1 Butir 7 yang berbunyi,

"Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran bersama hasil pengembangannya yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial."³¹

Dengan demikian, dana yang digunakan merupakan kumpulan dana dari masyarakat yang harus dikelola secara efektif dan efisien oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Pasal 2 UU SJSN menyebutkan, "Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia."³² Dengan demikian, jaminan sosial merupakan bagian dari sistem nasional yang dimaksudkan untuk memberikan kesejahteraan kepada masyarakat. Dengan sistem ini diharapkan tak seorangpun warga akan terlantar

²⁹ *Ibid.*, Pasal 1 Butir 5.

³⁰ *Ibid.*, Pasal 1 Butir 6.

³¹ *Ibid.*, Pasal 1 Butir 7.

³² *Ibid.*, Pasal 2.

secara sosial dalam kehidupan masyarakat. Hal ini terkait pula dengan Pasal 3 UU SJSN berbunyi, "Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya."³³ Dengan demikian, jelas bahwa jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan kehidupan yang layak secara kemanusiaan kepada setiap warga masyarakat.

Menurut Pasal 4 UU SJSN, Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan prinsip:

- "a. kegotong-royongan; b. nirlaba; c. keterbukaan;
- d. kehati-hatian; e. akuntabilitas; f. portabilitas; g. kepesertaan bersifat wajib; h. dana amanat; dan i. hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta."³⁴

Dengan demikian, penyelenggaraan jaminan sosial didasarkan pada prinsip-prinsip manajemen profesional yang diharapkan mampu memberikan layanan yang baik kepada seluruh masyarakat.

Dalam rangka penyelenggaraan jaminan sosial nasional yang efektif dan efisien, dibentuk Dewan Jaminan Sosial Nasional yang menurut Pasal 7 UU SJSN berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Selain itu, Dewan Jaminan Sosial Nasional bertugas:

- "a. melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial; b. mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional; dan c. mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah."³⁵

Dengan demikian, Dewan Jaminan Sosial Nasional mempunyai tanggung jawab yang besar atas penyelenggaraan program jaminan sosial di Indonesia. Dengan kata lain, Dewan Jaminan Sosial merupakan tumpuan dan harapan pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat.

Meskipun menggunakan sistem iur, jaminan sosial tidak mengesampingkan masyarakat miskin. Masyarakat miskin atau masyarakat tidak mampu, akan dibayar iurannya oleh pemerintah,

³³ *Ibid.*, Pasal 3.

³⁴ *Ibid.*, Pasal 4.

³⁵ *Ibid.*, Pasal 7.

sehingga mereka mempunyai jaminan sosial yang sama dan berhak mengakses fasilitas yang disediakan oleh negara. Hal ini tercantum dalam Pasal 17 UU SJSN yang berbunyi:

"(1) Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu; (2) Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran yang menjadi kewajibannya dan membayarkan iuran tersebut kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial secara berkala; (3) Besarnya iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak; (4) Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah; (5) Pada tahap pertama, iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dibayar oleh Pemerintah untuk program jaminan kesehatan; (6) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah."³⁶

Jaminan sosial mencakup beberapa program perlindungan untuk masyarakat. Menurut Pasal 18 UU SJSN, jenis program jaminan sosial meliputi: "a. jaminan kesehatan; b. jaminan kecelakaan kerja; c. jaminan hari tua; d. jaminan pensiun; dan e. jaminan kematian."³⁷ Dengan demikian, jaminan sosial mempunyai ruang lingkup pelayanan yang luas untuk kepentingan pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat.

2. Penyelenggaraan Jaminan Sosial Menurut UU BPJS

Dalam rangka memberikan jaminan sosial yang berkualitas kepada masyarakat, maka penyelenggarannya dilakukan oleh sebuah badan yang diberi tugas dan wewenang untuk itu. Menurut Pasal 1 Butir 1 UU BPJS, "Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial."³⁸ Dengan demikian, dari sisi kebijakan,

³⁶ *Ibid.*, Pasal 17.

³⁷ *Ibid.*, Pasal 18.

³⁸ UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 1 Butir 1.

negara telah berupaya memberikan layanan yang profesional kepada masyarakat guna mendapatkan perlindungan sosial yang memadai untuk kehidupannya.

Penyelenggaraan jaminan sosial dilakukan dengan sistem iuran, sehingga dana yang terkumpul adalah dana masyarakat yang harus digunakan untuk kepentingan masyarakat. Sebagaimana tercantum dalam Pasal 1 Butir 3 UU BPJS:

“Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran bersama hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial.”³⁹

Pemerintah menjamin masyarakat miskin atau masyarakat tidak mampu untuk mendapatkan jaminan sosial sebagaimana masyarakat pada umumnya. Dalam hal ini Pemerintah membayar iuran bagi masyarakat miskin atau masyarakat tidak mampu, sebagaimana tercantum dalam Pasal 1 Butir 7 UU BPJS yang berbunyi, “Bantuan Iuran adalah Iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Sosial.”⁴⁰ Dengan demikian, jaminan sosial diberikan kepada setiap warga negara atau masyarakat Indonesia tanpa kecuali.

Dalam rangka penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia, dibentuk Dewan Jaminan Sosial Nasional sebagaimana tercantum dalam Pasal 1 Butir 11 UU BPJS yang berbunyi,

“Dewan Jaminan Sosial Nasional yang selanjutnya disingkat DJSN adalah dewan yang berfungsi untuk membantu Presiden dalam perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional.”⁴¹

Dalam rangka efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia, juga dibentuk Dewan Pengawas sebagaimana tercantum dalam Pasal 1 Butir 12 yang berbunyi,

“Dewan Pengawas adalah organ BPJS yang bertugas melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengurusan BPJS oleh direksi dan memberikan nasihat kepada direksi dalam penyelenggaraan program Jaminan Sosial.”⁴²

³⁹ *Ibid.*, Pasal 1 Butir 3.

⁴⁰ *Ibid.*, Pasal 1 Butir 7.

⁴¹ *Ibid.*, Pasal 1 Butir 11.

⁴² *Ibid.*, Pasal 1 Butir 12.

Penyelenggaraan jaminan sosial didasarkan pada sejumlah asas, sebagaimana tercantum dalam Pasal 2 UU BPJS yang berbunyi, "BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas: a. kemanusiaan; b. manfaat; dan c. keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia."⁴³

Selain itu, badan ini juga menganut beberapa prinsip sebagaimana tercantum dalam Pasal 4 UU BPJS, di mana BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip:

- "a. kegotongroyongan; b. nirlaba; c. keterbukaan;
- d. kehati-hatian; e. akuntabilitas; f. portabilitas; g. kepesertaan bersifat wajib; h. dana amanat; dan i. hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta."⁴⁴

Dengan asas-asas dan prinsip-prinsip tersebut, diharapkan masyarakat mendapatkan perlindungan sosial yang memadai dalam setiap permasalahan sosial yang dihadapinya. Dengan demikian, jaminan sosial diharapkan akan membawa kesejahteraan bagi masyarakat.

Menurut Pasal 5 UU BPJS, ada dua badan yang akan menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia, yaitu: "a. BPJS Kesehatan; dan b. BPJS Ketenagakerjaan."⁴⁵ Kedua badan inilah yang akan bertanggung jawab atas penyelenggaraan program-program jaminan sosial yang ada di Indonesia.

Kedua BPJS tersebut akan menjalankan tugasnya masing-masing dalam rangka memberikan pelayanan kepada masyarakat di bidang kesehatan dan ketenagakerjaan. Sebagaimana tercantum dalam Pasal 6 UU BPJS, maka:

- "(1) BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a menyelenggarakan program jaminan kesehatan; (2) BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf b menyelenggarakan program: a. jaminan kecelakaan kerja; b. jaminan hari tua; c. jaminan pensiun; dan d. jaminan kematian."⁴⁶

⁴³ *Ibid.*, Pasal 2.

⁴⁴ *Ibid.*, Pasal 4.

⁴⁵ *Ibid.*, Pasal 5.

⁴⁶ *Ibid.*, Pasal 6.

Dalam rangka memberikan layanan jaminan sosial kepada masyarakat, BPJS mempunyai fungsi sebagaimana tercantum dalam Pasal 9 UU BPJS, yaitu:

"(1) BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan; (2) BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf b berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun, dan jaminan hari tua."⁴⁷

BPJS merupakan institusi yang bertanggung jawab melaksanakan layanan jaminan sosial bagi masyarakat. Sebagaimana tercantum dalam Pasal 10 UU BPJS, maka tugas BPJS adalah:

"a. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
b. memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja; c. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah; d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta; e. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial; f. membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat."⁴⁸

Sebagai konsekuensi dari tugas dan fungsinya dalam penyelenggaraan jaminan sosial bagi masyarakat, maka BPJS memiliki kewenangan khusus. Menurut Pasal 11 UU BPJS, dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, BPJS berwenang untuk:

"a. menagih pembayaran Iuran; b. menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai; c. melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional; d. membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan

⁴⁷ *Ibid.*, Pasal 9.

⁴⁸ *Ibid.*, Pasal 10.

mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah; e. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan; f. mengenakan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya; g. melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan h. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.”⁴⁹

Dalam menjalankan tugasnya memberikan layanan jaminan sosial kepada masyarakat, BPJS mempunyai sejumlah kewajiban sebagaimana tercantum dalam Pasal 10 UU BPJS, yaitu:

“a. memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta; b. mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta; c. memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya; d. memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional; e. memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku; f. memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya; g. memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun; h. memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun; i. membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuaria yang lazim dan berlaku umum; j. melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan k. melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala enam bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.”⁵⁰

⁴⁹ *Ibid.*, Pasal 11.

⁵⁰ *Ibid.*, Pasal 13.

Dalam sistem jaminan sosial nasional, pekerja merupakan salah satu kelompok peserta yang diwajibkan membayar iuran. Oleh karena itu, para pemberi kerja mempunyai kewajiban sebagaimana tercantum dalam Pasal 15 UU BPJS:

"(1) Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjanya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti; (2) Pemberi Kerja, dalam melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib memberikan data dirinya dan Pekerjanya berikut anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS; (3) Penahapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Presiden."⁵¹

Orang-orang lain yang wajib masuk dalam kepesertaan jaminan sosial nasional adalah sebagaimana tercantum dalam Pasal 16 UU BPJS:

"(1) Setiap orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan penerima Bantuan Iuran, yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program Jaminan Sosial wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS, sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti; (2) Setiap orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS."⁵²

Pemerintah sebagai penanggung jawab masyarakat miskin atau masyarakat tidak mampu, juga mendaftarkan kelompok masyarakat tersebut sebagai peserta jaminan sosial nasional dan masyarakat yang bersangkutan wajib memberikan data diri dan keluarganya secara lengkap, sebagaimana tercantum dalam Pasal 18 UU BPJS:

"(1) Pemerintah mendaftarkan penerima Bantuan Iuran dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS; (2) Penerima Bantuan Iuran wajib memberikan data mengenai diri sendiri dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada Pemerintah untuk disampaikan kepada BPJS."⁵³

⁵¹ *Ibid.*, Pasal 15.

⁵² *Ibid.*, Pasal 16.

⁵³ *Ibid.*, Pasal 18.

Mengenai pemungutan iuran dalam jaminan sosial nasional, diatur dalam Pasal 19 UU BPJS:

“(1) Pemberi Kerja wajib memungut Iuran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjanya dan menyetorkannya kepada BPJS; (2) Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor Iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS; (3) Peserta yang bukan Pekerja dan bukan penerima Bantuan Iuran wajib membayar dan menyetor Iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS; (4) Pemerintah membayar dan menyetor Iuran untuk penerima Bantuan Iuran kepada BPJS.”⁵⁴

Dalam penyelenggaraan jaminan sosial nasional yang profesional dibentuk Dewan Pengawas sebagaimana tercantum dalam Pasal 22 UU BPJS:

“(1) Dewan Pengawas berfungsi melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS; (2) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas bertugas untuk: a. melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS dan kinerja Direksi; b. melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi; c. memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS; dan d. menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Sosial sebagai bagian dari laporan BPJS kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN; (3) Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas berwenang untuk: a. menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS; b. mendapatkan dan/atau meminta laporan dari Direksi; c. mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS; d. melakukan penelaahan terhadap data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS; dan e. memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi; (4) Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan fungsi, tugas, dan wewenang Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Dewan Pengawas.”⁵⁵

⁵⁴ *Ibid.*, Pasal 19.

⁵⁵ *Ibid.*, Pasal 22.

Dalam tugasnya, BPJS bertanggung jawab kepada Presiden, sebagaimana tercantum dalam Pasal 39 UU BPJS:

"(1) BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya; (2) Periode laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimulai dari 1 Januari sampai dengan 31 Desember; (3) Bentuk dan isi laporan pengelolaan program sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diusulkan oleh BPJS setelah berkonsultasi dengan DJSN; (4) Laporan keuangan BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dan disajikan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang berlaku; (5) Laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit dua media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya; (6) Bentuk dan isi publikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan oleh Direksi setelah mendapat persetujuan dari Dewan Pengawas; (7) Ketentuan mengenai bentuk dan isi laporan pengelolaan program sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Presiden."⁵⁶

Dalam rangka penyelenggaraan jaminan sosial nasional yang profesional, diperlukan kerja sama antara BPJS dengan lembaga-lembaga lain yang terkait, sebagaimana tercantum dalam Pasal 51 UU BPJS:

"(1) Dalam rangka meningkatkan kualitas penyelenggaraan program Jaminan Sosial, BPJS bekerja sama dengan lembaga Pemerintah; (2) Dalam menjalankan tugasnya, BPJS dapat bekerja sama dengan organisasi atau lembaga lain di dalam negeri atau di luar negeri; (3) BPJS dapat bertindak mewakili Negara Republik Indonesia sebagai anggota organisasi atau anggota lembaga internasional apabila terdapat ketentuan bahwa anggota dari organisasi atau lembaga

⁵⁶ *Ibid.*, Pasal 39.

internasional tersebut mengharuskan atas nama negara; (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara hubungan antarlembaga diatur dengan Peraturan Pemerintah.”⁵⁷

Penyelenggaraan jaminan sosial nasional mendesak dilakukan, sehingga UU BPJS mengamanatkan segera diimplementasikannya UU tersebut, sebagaimana tercantum dalam Pasal 60 UU BPJS:

“(1) BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014; (2) Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1): a. Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat; b. Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Republik Indonesia tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan bagi pesertanya, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasionalnya, yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden; dan c. PT Jamsostek (Persero) tidak lagi menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan; (3) Pada saat BPJS Kesehatan mulai beroperasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1): a. PT Askes (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan; b. semua pegawai PT Askes (Persero) menjadi pegawai BPJS Kesehatan; dan c. Menteri Badan Usaha Milik Negara selaku Rapat Umum Pemegang Saham mengesahkan laporan posisi keuangan penutup PT Askes (Persero) setelah dilakukan audit oleh kantor akuntan publik dan Menteri Keuangan mengesahkan laporan posisi keuangan pembuka BPJS Kesehatan dan laporan posisi keuangan pembuka dana jaminan kesehatan.”⁵⁸

Melihat ketentuan tersebut, tampak betapa kuatnya komitmen negara terhadap masalah jaminan sosial bagi masyarakat. Namun, jika dicermati secara mendalam, mungkin banyak hal yang akan menjadi kendala pada masa awal diberlakukannya jaminan sosial nasional yang profesional bagi masyarakat. Waktu yang relatif cepat tak sebanding

⁵⁷ *Ibid.*, Pasal 51.

⁵⁸ *Ibid.*, Pasal 60.

dengan persoalan yang dihadapi dan harus diatasi menjelang berlakunya sistem jaminan sosial sosial nasional yang didambakan masyarakat selama bertahun-tahun.

Demikian pula yang terkait ketenagakerjaan, penyelenggaraan jaminan sosial nasional membutuhkan gerak cepat, sehingga beberapa hal harus dilakukan, sebagaimana tercantum dalam Pasal 61 UU BPJS:

"Pada saat berlakunya Undang-Undang ini, Dewan Komisaris dan Direksi PT Jamsostek (Persero) sampai dengan berubahnya PT Jamsostek (Persero) menjadi BPJS Ketenagakerjaan ditugasi untuk: a. menyiapkan pengalihan program jaminan pemeliharaan kesehatan kepada BPJS Kesehatan; b. menyiapkan operasional BPJS Ketenagakerjaan untuk program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian; c. menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban program jaminan pemeliharaan kesehatan PT Jamsostek (Persero) terkait penyelenggaraan program jaminan pemeliharaan kesehatan ke BPJS Kesehatan; dan d. menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban PT Jamsostek (Persero) ke BPJS Ketenagakerjaan."⁵⁹

Perubahan kelembagaan dari PT Jamsostek menjadi BPJS diberi waktu yang sangat singkat, sebagaimana tercantum dalam Pasal 62 UU BPJS:

"(1) PT Jamsostek (Persero) berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan pada tanggal 1 Januari 2014; (2) Pada saat PT Jamsostek (Persero) berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1): a. PT Jamsostek (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Jamsostek (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Ketenagakerjaan; b. semua pegawai PT Jamsostek (Persero) beralih menjadi pegawai BPJS Ketenagakerjaan; c. Menteri Badan Usaha Milik Negara selaku Rapat Umum Pemegang Saham mengesahkan laporan posisi keuangan penutup PT Jamsostek (Persero) setelah dilakukan audit oleh kantor akuntan publik dan Menteri Keuangan mengesahkan posisi laporan keuangan

⁵⁹ *Ibid.*, Pasal 61.

pembukaan BPJS Ketenagakerjaan dan laporan posisi keuangan pembukaan dana jaminan ketenagakerjaan; dan d. BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan hari tua, dan program jaminan kematian yang selama ini diselenggarakan oleh PT Jamsostek (Persero), termasuk menerima peserta baru, sampai dengan beroperasinya BPJS Ketenagakerjaan yang sesuai dengan ketentuan Pasal 29 sampai dengan Pasal 38 dan Pasal 43 sampai dengan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456), paling lambat 1 Juli 2015.”⁶⁰

Adalah pekerjaan yang sangat berat, untuk mempersiapkan berlakunya sistem jaminan sosial nasional sebagaimana diamanatkan UU BPJS. Terlebih dengan masalah pengalihan aset, audit, dan sebagainya untuk mempersiapkan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk menggabungkan lembaga-lembaga penyelenggara jaminan sosial yang sudah ada selama ini sangat dibutuhkan kecermatan, walau waktu yang tersedia sangat kurang memadai.

Namun demikian, untuk penggabungan penyelenggaraan asuransi TNI/Polri dan PNS diberi waktu yang lebih leluasa, sebagaimana tercantum dalam Pasal 65 UU BPJS:

“(1) PT ASABRI (Persero) menyelesaikan pengalihan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia dan program pembayaran pensiun ke BPJS Ketenagakerjaan paling lambat tahun 2029; (2) PT TASPEN (Persero) menyelesaikan pengalihan program tabungan hari tua dan program pembayaran pensiun dari PT TASPEN (Persero) ke BPJS Ketenagakerjaan paling lambat tahun 2029.”⁶¹

Meskipun diberi waktu yang cukup lama, namun masalah pengalihan penyelenggaraan asuransi TNI/Polri dan PNS tetap membutuhkan kecermatan dalam persiapannya. Hal ini dikarenakan ketiga lembaga tersebut selama ini telah menjadi lembaga khusus yang bekerja dengan mekanisme tertentu pula. Tentu tidak mudah untuk menggabungkan ketiga lembaga yang sudah mapan tersebut

⁶⁰ *Ibid.*, Pasal 62.

⁶¹ *Ibid.*, Pasal 65.

ke dalam BPJS yang notabene merupakan lembaga baru yang belum memiliki gambaran tentang kualitas layanan dan profesionalisme pengelolanya.

C. Kesimpulan

Masalah jaminan sosial merupakan isu penting yang sensitif bagi kesejahteraan masyarakat. Masalah jaminan sosial sebenarnya senantiasa direspon oleh negara, namun selama bertahun-tahun sistem tersebut tak dapat diwujudkan secara komprehensif bagi kepentingan seluruh masyarakat. Banyak upaya yang dilakukan untuk memberikan perlindungan sosial kepada masyarakat, namun kebanyakan upaya tersebut masih bersifat parsial dan tanpa koordinasi yang baik antara instansi terkait. Hal ini berdampak pada kualitas kesejahteraan masyarakat.

Setelah melalui perjuangan yang panjang, maka pada tahun 2004 lahir UU SJSN sebagai respons negara atas tuntutan masyarakat akan perlindungan sosial, dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar mereka. Namun sayang, hingga sekitar enam tahun setelah lahirnya UU SJSN, undang-undang tersebut tidak dapat diimplementasikan karena belum ada UU BPJS yang diamanatkan oleh UU SJSN, untuk memayungi penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia. Dengan kata lain, UU SJSN hanyalah macan kertas yang tak berarti bagi kesejahteraan masyarakat.

Setelah perdebatan yang panjang dan berliku-liku, maka pada tahun 2011 lahir UU BPJS, yang akan menjadi dasar penyelenggaraan jaminan sosial nasional di Indonesia. Dengan lahirnya UU BPJS, banyak hal yang akan dilakukan oleh negara dalam rangka memberikan perlindungan sosial kepada masyarakat, tanpa kecuali, melalui mekanisme yang ditetapkan undang-undang. Hal-hal penting yang diatur dalam UU BPJS di antaranya adalah masalah kepesertaan, sistem iuran, mekanisme layanan, dan lain-lain, yang diharapkan dapat memberikan perlindungan sosial yang memadai kepada seluruh masyarakat.

Upaya penyelenggaraan jaminan sosial telah lama menjadi perhatian dan komitmen para pemangku kepentingan negara, yang terlihat dari berbagai kebijakan dan program jaminan sosial pada masa lalu dan yang terakhir dengan lahirnya UU SJSN dan UU BPJS. Dari kedua UU tersebut diharapkan dapat diwujudkan jaminan dan perlindungan sosial bagi seluruh masyarakat, yang pada akhirnya diharapkan dapat berdampak positif bagi peningkatan kesejahteraan masyarakat Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Asyhadie, Zaeni. 2007. *Aspek-Aspek Hukum Jaminan Sosial Tenaga Kerja di Indonesia*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Darmawi, Herman. 2004. *Manajemen Asuransi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- O'Malley, Pat. 2004. *Risk, Uncertainty and Goverment*. New South Wales: Glass-House Press.
- Purwoko, Bambang. 1999. *Towards A Social Security Reform: The Indonesian Case*. Jakarta: Meganet.
- Salim, H. Abbas. 2000. *Asuransi dan Manajemen Resiko*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Soendoro, Emir. 2009. *Jaminan Sosial Solusi Bangsa Indonesia Berdikari*. Jakarta: Dinov ProGRESS Indonesia.
- Subianto, Achmad. 2010. *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Pilar Penyangga Kemandirian Perekonomian Bangsa*. Jakarta: Gibon Books.
- Tabrani, Hasbullah. 1998. *Asuransi Kesehatan (Pilihan Kebijakan Nasional)*. Jakarta: FKM UI.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Nasional.
- UNDP Indonesia, 2011.
- Badan Pusat Statistik, 2012.
- Universal Declaration of Human Rights*, 1948. U.N. Doc. a/810 at 71.



BAB II

JAMINAN KESEHATAN SOSIAL DAN TANTANGAN DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN KESEHATAN YANG BERMUTU

Tri Rini Puji Lestari¹

Sejak tahun 1947, Deklarasi Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) telah menempatkan kesehatan sebagai salah satu hak asasi dan menyebutkan bahwa "setiap penduduk berhak atas jaminan manakala ia sakit". Untuk itu, Indonesia sebagai negara yang telah meratifikasi konvensi tersebut secara bertahap wajib mewujudkan terselenggaranya jaminan kesehatan bagi semua, sesuai dengan kemampuan dan perkembangan negara.

Guna merealisasikan hal tersebut, Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) pada tahun 2000 dan 2002 telah mengamendemen UUD Negara RI Tahun 1945 dengan mencantumkan Pasal 28 H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2) yang menugaskan Pemerintah untuk mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Kondisi ini merupakan langkah awal di mana terdapat landasan hukum untuk meningkatkan kesejahteraan seluruh rakyat dengan mengembangkan dan memperluas jaminan sosial menjadi lebih kuat. Hal ini didukung pula dengan disahkannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disingkat UU SJSN) pada tanggal 19 Oktober 2004 dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disingkat UU BPJS) pada tanggal 25 November 2011.

¹ Penulis adalah Peneliti Bidang Kebijakan dan Manajemen Kesehatan di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI. e-mail: tririnipl@hotmail.com.

Jaminan sosial sebagaimana diatur dalam UU SJSN merupakan program negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat yang diakibatkan oleh hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun. Sementara keberadaan UU BPJS ditujukan untuk memberikan perlindungan kepada setiap pekerja/buruh tanpa terkecuali. Untuk itu sebagaimana diatur dalam Pasal 15 ayat (1) UU BPJS, setiap pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada BPJS.

SJSN bukanlah pengganti program-program sejenis yang selama ini telah beroperasi, seperti Askes dan Jamsostek. SJSN justru akan memperluas kepesertaan dan meningkatkan mutu jaminan yang akan diterima oleh peserta. Secara universal SJSN mencakup jaminan hari tua, jaminan pensiun, jaminan pemeliharaan kesehatan, kecelakaan kerja, dan pemutusan hubungan kerja.

kurang memahami pentingnya kartu JPK-Gakin tersebut, sehingga masih ada yang menyalahgunakannya dengan memberikan kartu JPK-Gakin kepada yang bukan haknya. Kemudian masih ditemukan pula adanya penolakan pasien oleh pihak RS dengan alasan pasien tidak memiliki dana yang cukup untuk dapat membayar biaya berobat.⁴

Kepuasan pasien berbanding lurus dengan mutu pelayanan di sarana pelayanan kesehatan (RS/puskesmas). Karena kepuasan pasien dan mutu pelayanan di sarana pelayanan kesehatan merupakan indikator dari keberhasilan penyelenggaraan pelayanan di sarana pelayanan kesehatan. Di sisi lain, dalam bentuk pelayanan yang berkembang sekarang ini, mutu pelayanan menjadi semakin rumit dan sulit diukur, karena hasil yang terlihat merupakan resultan dari berbagai faktor yang berpengaruh. Oleh sebab itu, tercapainya mutu pelayanan kesehatan yang baik memerlukan upaya yang sungguh-sungguh dari berbagai pihak, dalam hal ini kerja sama dari setiap unit yang terkait mengambil peran yang sangat penting.

Mutu pelayanan yang baik tidak cukup hanya dicapai, tetapi juga dipelihara dan dipertahankan (*quality assurance*) mengingat adanya pergeseran kebutuhan, harapan dan keinginan pelanggan dan berbagai pihak yang berkepentingan. Karena itu, mutu pelayanan kesehatan seharusnya merupakan suatu kegiatan yang berkelanjutan untuk memantau mutu layanan yang diberikan, dalam bentuk kewajaran perawatan yang diberikan terhadap pasien disertai upaya untuk senantiasa meningkatkan pola perawatan dan mencari pemecahan atas masalah-masalah pelayanan atau perawatan yang terjadi.

Berikut ini akan diuraikan lebih lanjut bagaimana pelayanan kesehatan yang bermutu secara konseptual, bagaimana kondisi para peserta jaminan kesehatan sosial/asuransi kesehatan sosial dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan, dan faktor-faktor yang perlu diperhatikan kedepan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada peserta jaminan kesehatan sosial.

A. Konsep Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu adalah faktor keputusan mendasar dari pelanggan. Mutu adalah penentuan pelanggan, bukan ketetapan insinyur, pasar atau ketetapan manajemen. Mutu didasarkan atas pengalaman nyata

⁴ "Reformasi Layanan Kesehatan Untuk Rakyat Miskin", *Republika*, 26 Maret 2010.

pelanggan terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkannya, dijanjikan atau tidak, sadar atau hanya dirasakan, operasional teknik atau subyektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar yang kompetitif.⁵

Tiap orang mempunyai pendapat tentang apa yang dimaksud dengan mutu. Konsep mutu yang berarti bagus atau paling bagus tidak sama secara profesional. Sebagai contoh: peralatan kedokteran yang bermutu menurut dokter tentulah bermacam-macam sesuai pendapatnya. Beberapa definisi profesional tentang mutu banyak diketemukan, agak berbeda-beda namun saling melengkapi yang menambah pengertian dan wawasan kita tentang apa yang dimaksud sebenarnya tentang mutu, antara lain:⁶

- Mutu adalah gambaran total sifat dari suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan (*American Society for Quality Control*).
- Mutu adalah "*fitness for use*" atau kemampuan kecocokan penggunaan (J. M. Juran).
- Mutu adalah kesesuaian terhadap permintaan persyaratan (Philip B. Crosby).

Pasien melihat pelayanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Itu semua terakumulasi dalam suatu sikap puas dari pasien.

Pandangan pasien sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali. Dimensi mutu pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kepuasan pasien dapat memengaruhi kesehatan masyarakat dan kesejahteraan masyarakat. Pasien sering menganggap bahwa dimensi efektivitas, akses, hubungan antarmanusia, kesinambungan, dan kenyamanan sebagai suatu dimensi mutu pelayanan kesehatan yang sangat penting.

Pemberi layanan kesehatan harus memahami status kesehatan dan kebutuhan layanan kesehatan masyarakat yang dilayani dan mendidik masyarakat tentang pelayanan kesehatan dasar dan melibatkan masyarakat dalam menentukan bagaimana cara yang paling efektif menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Masyarakat tidak akan

⁵ Djoko Wijono, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Teori, Strategi dan Aplikasi* Vol. 1 (Surabaya: Airlangga University Press, 2000), hlm. 3.

⁶ *Ibid.*, hlm. 4.

mampu menilai dimensi kompetensi teknis dan tidak mengetahui pelayanan kesehatan apa yang dibutuhkannya. Agar dapat menjawab pertanyaan tersebut, perlu dibangun suatu hubungan yang saling percaya antara pemberi pelayanan kesehatan atau *provider* dengan pasien sehingga tercapai suatu kepuasan dari kedua belah pihak.

Menurut Porter, kepuasan adalah selisih dari banyaknya sesuatu yang "seharusnya ada" dengan banyaknya "apa yang ada". Wexley dan Yukl, lebih menegaskan bahwa seseorang akan terpuaskan jika tidak ada selisih antara sesuatu atau kondisi yang diinginkan dengan kondisi aktual. Semakin besar kekurangan dan semakin banyak hal penting yang diinginkan, semakin besar rasa ketidakpuasan.⁷

Secara teoritis, definisi di atas dapatlah diartikan bahwa, semakin tinggi selisih antara kebutuhan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai keinginan pasien dengan pelayanan yang telah diterimanya, maka akan terjadi rasa ketidakpuasan pasien.

Menurut Sarwono, asumsi teoritis di atas selaras dengan pendapat Gibson (1987), yang dapat disimpulkan bahwa kepuasan seseorang (pekerja, pasien atau pelanggan) berarti terpenuhinya kebutuhan yang diinginkan yang diperoleh dari pengalaman melakukan sesuatu, pekerjaan, atau memperoleh perlakuan tertentu dan memperoleh sesuatu sesuai kebutuhan yang diinginkan. Istilah kepuasan dipakai untuk menganalisis atau mengevaluasi hasil, membandingkan kebutuhan yang diinginkan yang ditetapkan individu dengan kebutuhan yang telah diperolehnya.⁸

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa berbagai kegiatan dan prasarana kegiatan pelayanan kesehatan yang mencerminkan mutu sarana pelayanan kesehatan merupakan determinan utama ~~dari~~ kepuasan pasien. Pasien akan memberikan penilaian (reaksi afeksi) terhadap berbagai kegiatan pelayanan kesehatan yang diterimanya maupun terhadap sarana dan prasarana kesehatan yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Penilaian mereka terhadap kondisi sarana pelayanan kesehatan (mutu baik atau buruk) merupakan gambaran mutu sarana pelayanan kesehatan seutuhnya berdasarkan pengalaman subjektif individu pasien. Hasil penilaian ini cenderung merupakan faktor penentu terjadinya tingkat kepuasan pasien.

⁷ Surya Utama, *Memahami Fenomena Kepuasan Pasien RS. Referensi Pendukung untuk Mahasiswa, Akademik, Pimpinan, Organisasi dan Praktisi Kesehatan* (Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, 2003), hlm. 27.

⁸ Solita Sarwono, *Sosiologi Kesehatan* (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997), hlm. 34.

Penilaian pasien terhadap mutu sarana pelayanan kesehatan bersumber dari pengalaman pasien. Aspek pengalaman pasien di sarana pelayanan kesehatan, dapat diartikan sebagai suatu perlakuan atau tindakan pihak sarana pelayanan kesehatan yang sedang atau pernah dijalani, dirasakan, dan ditanggung oleh seseorang yang membutuhkan pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan.

Pendapat Woodside selaras konsep kepuasan yang dikembangkan oleh Fraser bahwa kepuasan selalu dinyatakan sebagai suatu hasil perbandingan dari beberapa keadaan pada suatu saat tertentu. Sesungguhnya kepuasan itu berdimensi banyak, bersifat tidak mutlak dan skalanya tidak terbatas. Dengan demikian, pada suatu saat tertentu seseorang dapat merasa puas pada suatu aspek dari suatu keadaan.⁹

Tingkat kepuasan pasien menunjuk pada prioritas indikator mutu pelayanan kesehatan. Selaras bahwa kepuasan merupakan hasil penilaian perasaan yang lebih bersifat subjektif, maka hal ini menunjuk pada dimensi abstrak yang relatif abstrak atau kurang eksak. Para ahli telah banyak mengembangkan model pengukuran yang dapat digunakan untuk mengkuantifikasi dimensi abstrak dari suatu fenomena (dimensi keperibadian, sikap, atau perilaku) agar lebih mudah dipahami.

Sementara itu, bagi pemberi pelayanan kesehatan (selaku *provider*) mengaitkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi dalam setiap melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir, dan bagaimana keluaran (*outcome*) atau hasil layanan kesehatan itu.

Komitmen dan motivasi *provider* bergantung pada kemampuannya dalam melaksanakan tugas dengan cara optimal. Sebagai profesi layanan kesehatan, perhatiannya terfokus pada dimensi kompetensi teknis, efektivitas, dan keamanan. Pertanyaan yang akan mereka ajukan antara lain, berapa pasien yang akan diperiksa dalam satu jam? Apakah tersedia sistem rujukan jika diperlukan? Apakah lingkungan kerja memadai dan bersih, privasi pasien terjamin? Apakah lingkungan akan mendukung pengembangan profesi? Apakah apotek dapat menyediakan obat yang diperlukan? Apakah tersedia kesempatan pendidikan berkelanjutan?¹⁰

Sebagaimana halnya pasien, semua pertanyaan tersebut harus ditanggapi oleh organisasi pelayanan kesehatan, kemudian sebagai pelanggan internal (*internal clients*), pemberi pelayanan kesehatan itu

⁹ J. L. Gibson, J. M. Ivancevich, J. H. Donnelly, *Organisasi dan Manajemen-prilaku, Struktur, Proses* (Jakarta: Erlangga, 1987), hlm. 15.

¹⁰ Imbalo S. Pohan, *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan, Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan* (Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2007), hlm. 14.

harus mendapat kepuasan kerja dalam melaksanakan tugas profesi. Profesi layanan kesehatan membutuhkan dan mengharapkan adanya dukungan teknis, administratif, dan layanan pendukung lainnya yang efektif serta efisien dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi.

Sedangkan pemilik/pengelola sarana pelayanan kesehatan berpandangan bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan layanan kesehatan yang menghasilkan pendapatan yang mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan, tetapi dengan tarif layanan kesehatan yang masih terjangkau oleh pasien, yaitu pada tingkat biaya ketika belum terdapat keluhan pasien dan masyarakat.

B. Jaminan Kesehatan Sosial dan Pelayanan Kesehatan Bermutu

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang di Asia yang belum memiliki SJSN yang mantap. Namun demikian selama beberapa dekade ini Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial/asuransi kesehatan sosial, khususnya asuransi kesehatan sosial yang ditujukan agar masyarakat miskin dapat mengakses pelayanan kesehatan.¹¹

Terkait pelayanan kesehatan yang diterima para peserta jaminan kesehatan sosial, sampai saat ini masih menjadi pekerjaan rumah bagi Pemerintah dan penyelenggara pelayanan kesehatan. Berbagai permasalahan masih dihadapi selama pelaksanaan program asuransi kesehatan sosial, mulai dari sistem rujukan yang belum berkualitas, masih banyaknya masyarakat miskin yang belum terdaftar menjadi peserta asuransi sosial, tingginya biaya perawatan sementara dana dan jenis yang ditanggung asuransi terbatas sehingga kelebihannya dibebankan kepada pihak penyelenggara pelayanan kesehatan, sampai kepada belum optimalnya layanan kesehatan yang berkualitas.¹²

Selain itu, masih ada juga warga miskin yang belum dapat mengakses pelayanan kesehatan karena tidak mendapatkan kartu JPK-Gakin atau kalaupun mereka sudah mempunyai kartu PK-Gakin, masih kurang memahami pentingnya kartu JPK-Gakin tersebut, sehingga masih ada yang menyalahgunakannya dengan memberikan kartu JPK-Gakin

¹¹ "Kesehatan Rakyat Diprioritaskan", *Suara Pembaharuan*, 16 Maret 2008.

¹² Pusat Pengkajian, *op. cit.*, hlm. 40.

kepada yang bukan haknya. Kemudian masih ditemukan pula adanya penolakan pasien oleh pihak RS dengan alasan pasien tidak memiliki dana yang cukup untuk dapat membayar biaya berobat.¹³

Padahal kesehatan merupakan hak asasi manusia, sehingga hak memperoleh pelayanan kesehatan merupakan hak yang melekat pada seseorang karena kelahirannya sebagai manusia, bukan karena pemberian seseorang atau negara, dengan demikian tentu tidak dapat dicabut dan dilanggar oleh siapapun. Untuk itu negara berkewajiban untuk menyelenggarakan pemenuhan layanan kesehatan (terjangkau, bermutu, dan tersedia) bagi setiap warganya tanpa membedakan kondisi sosial ekonominya.

Contoh lain sebagaimana yang terjadi di DKI Jakarta. Sebagai bagian dari program untuk mengansuransikan seluruh penduduk Jakarta, sejak 10 November 2012 Gubernur DKI Jakarta telah meluncurkan/membagikan Kartu Jakarta Sehat (KJS) dan langsung dapat digunakan untuk berobat gratis di fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di DKI Jakarta. Tujuan KJS adalah memberikan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi penduduk Provinsi DKI Jakarta terutama bagi keluarga miskin dan kurang mampu dengan sistem rujukan berjenjang. Sasaran dari program ini adalah semua penduduk DKI Jakarta yang mempunyai KTP/Kartu Keluarga DKI Jakarta yang belum memiliki ~~jaminan~~ kesehatan, diluar program Askes, atau asuransi kesehatan lainnya.

Sebagai wujud dari pelaksanaan jaminan kesehatan sosial, di DKI Jakarta telah dikembangkan sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat bagi Keluarga Miskin yang disingkat menjadi sistem JPK-Gakin dan dibiayai oleh Pemerintah Daerah Propinsi DKI Jakarta. Program JPK-Gakin merupakan Program Prioritas dan masuk ke dalam *dedicated program*, yang dijabarkan secara operasional dalam Rencana Pembangunan Tahunan Daerah (REPETADA). Kategori keluarga miskin yang digunakan untuk menentukan siapa yang berhak mendapatkan kartu JPK-Gakin oleh Pemprov. DKI Jakarta mengacu pada data Badan Pusat Statistik (BPS) yang telah diverifikasi oleh pihak Puskesmas.¹⁴

Namun demikian, pelaksanaan kebijakan jaminan kesehatan sosial berupa pembagian KJS telah menimbulkan berbagai polemik di masyarakat. Hal ini dikarenakan, di satu sisi warga miskin merasa senang karena mereka mendapat kemudahan untuk mengakses pelayanan kesehatan sehingga tidak sedikit bila merasa sakit mereka

¹³ Menko Kesra, "Tantangan Pelaksanaan Program Jaminan Sosial Kesehatan Semesta", <http://www.menokesra.go.id/content/menko-kesra-tantangan-pelaksanaan-program-jaminan-sosial-kesehatan-semesta>, diakses 27 Januari 2013.

¹⁴ "JPK Gakin", Harian Pelita, 14 Maret 2013.

langsung pergi berobat sehingga berdampak pada peningkatan jumlah kunjungan warga miskin ke pelayanan kesehatan. Sementara di sisi lain para penyelenggara pelayanan kesehatan merasa kerepotan menghadapi peningkatan jumlah kunjungan pasien tersebut yang tidak diimbangi dengan kesiapan penyediaan sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Akibatnya, penolakan pasien warga miskin yang akan berobat di RS tidak dapat dihindari sebagaimana kasus yang ramai dibicarakan di media massa beberapa waktu lalu. Di antaranya, kejadian meninggalnya pasien RS Islam Sukapura Ana Mudrika dengan alasan bahwa ruang ICU pada saat itu sedang penuh, sehingga pasien tersebut direkomendasikan untuk mengunjungi RS lainnya. Namun pasien tersebut tak sempat mengunjungi RS lain karena telah meninggal dunia. Tak lama berselang sebelumnya, seorang bayi bernama Dera yang baru lahir meninggal karena tidak mendapat layanan kesehatan yang intensif di RS Provinsi Jakarta. Ruangan penuh, Sumber Daya Manusia (SDM) kurang, peralatan kurang dan berbagai alasan lain yang diberikan oleh pihak-pihak RS. Selain itu, seorang dokter puskesmas kecamatan di Jakarta Barat dalam satu kali waktu praktiknya mendapat peningkatan kunjungan pasien yang berobat yaitu sebanyak 100 pasien (biasanya sekitar 20–30 pasien).¹⁵

Kondisi tersebut di atas menunjukkan bahwa kebijakan jaminan kesehatan sosial masih belum dapat menjamin masyarakat miskin untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu. Selain itu, juga belum meratanya fasilitas pelayanan kesehatan ataupun tenaga kesehatan di seluruh Indonesia. Konsil Kedokteran Indonesia mencatat, sampai saat ini baru ada 88.309 dokter umum dan 22.212 dokter spesialis. Artinya, satu dokter umum melayani sekitar 2.700 pasien dan satu dokter spesialis melayani sekitar 10.800 pasien. Mereka terkonsentrasi di sejumlah kota besar sehingga perbandingan dokter-pasien makin besar di wilayah pedalaman. Hal serupa terjadi pada fasilitas kesehatan. Ketimpangan fasilitas dan tenaga kesehatan menimbulkan keraguan terkait mutu pelayanan serta jaminan akses bagi warga, terutama di pedalaman.¹⁶ Untuk itu diperlukan komitmen dan keseriusan dari berbagai pihak dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial di masa datang.

¹⁵ Loc. cit.

¹⁶ Loc. cit.

C. Harapan Kedepan

Asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*) adalah suatu mekanisme pendanaan pelayanan kesehatan yang semakin banyak digunakan di seluruh dunia karena keandalan sistem ini menjamin kebutuhan kesehatan rakyat suatu negara.¹⁷

Untuk itu diperlukan pelayanan kesehatan yang tidak membedakan antara si kaya dan si miskin, si penguasa maupun si rakyat jelata. Pelayanan yang mengedepankan kepentingan masyarakat daripada kepentingan pihak tenaga kesehatan sebagai pemberi pelayanan perlu dikembangkan sebagai perwujudan dari pelayanan kesehatan yang menjunjung konsep berkeadilan.

Bicara tentang pelayanan kesehatan. Pada dasarnya pelayanan kesehatan memiliki spesifikasi yang khusus bila dibandingkan dengan bidang-bidang lain di luar bidang kesehatan. Hal ini dikarenakan pelayanan kesehatan mempunyai ciri yang khas yang tidak dimiliki oleh bidang-bidang lain di luar bidang kesehatan, seperti: 1. ketidaktahuan konsumen (*consumer ignorance*), tidak seperti kalau konsumen akan pergi ke salon misalnya yang sudah tahu pasti jasa apa yang akan didapat, namun saat konsumen datang ke suatu RS biasanya tidak tahu persis jasa apa yang akan didapat, hal ini karena tingkat pengetahuan konsumen yang minim dalam hal penyakit yang sedang dideritanya; 2. pengaruh penyedia jasa kesehatan terhadap konsumen (*supply induce demand*) sehingga konsumen tidak memiliki daya tawar dan daya pilih; 3. produk pelayanan kesehatan bukan konsep yang homogen, misalnya konsumen yang pergi ke RS dengan keluhan sakit kepala akan mendapatkan beberapa pemeriksaan kesehatan dan tidak hanya mendapatkan obat untuk menghilangkan sakit kepalanya; 4. pembatasan terhadap kompetisi (umumnya konsumen berobat ke RS karena mencari dokter tertentu); 5. *uncertainty*, ketidakpastian tentang sakit (baik waktunya, tempatnya, maupun besarnya biaya yang dibutuhkan). Jadi ketika seorang pasien datang dengan keluhan sakit kepala maka dia tidak dapat memastikan apakah penyakit tersebut hanya sekadar sakit kepala atau ada sesuatu hal yang lainnya; 6. sehat sebagai hak asasi manusia, sehingga setiap orang mempunyai hak yang sama akan sehat baik masyarakat kaya maupun miskin.¹⁸ Kondisi ini akan memengaruhi tata hubungan antara penyelenggara pelayanan kesehatan (produsen) dengan pasien (konsumen) yang tentunya akan berpengaruh pula pada mutu dari pelayanan kesehatan itu sendiri.

¹⁷ Pamjaki, *loc. cit.*

¹⁸ Widjajarta, *Kepuasan Konsumen Jasa Pelayanan RS* (Jakarta: YLKKI , 2001), hlm. 1.

Selain itu, perspektif terhadap faktor penting dalam pencapaian mutu pelayanan kesehatan dari pihak-pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan (seperti pasien, masyarakat, organisasi masyarakat, profesi pelayanan kesehatan, dinas kesehatan, dan pemerintah daerah) umumnya berbeda. Perbedaan perspektif tersebut antara lain disebabkan karena adanya perbedaan dalam latar belakang, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pengalaman, lingkungan, dan kepentingan.¹⁹

Untuk ke depannya, ada beberapa faktor yang perlu diperhatikan karena dapat memengaruhi mutu pelayanan kesehatan yang diberikan: *Pertama*, faktor konsumen, yaitu apakah pelayanan kesehatan itu memenuhi kebutuhan dan harapan konsumen/pasien. *Kedua*, faktor profesi, yaitu apakah pelayanan kesehatan memenuhi kebutuhan pasien/konsumen, seperti yang ditentukan profesi pelayanan kesehatan. Dimensi ini akan diukur dengan menggunakan prosedur atau standar profesi yang diyakini akan memberi hasil dan kemudian hasil itu dapat pula diamati. *Ketiga*, faktor manajemen, yaitu bagaimana proses pelayanan kesehatan menggunakan sumber daya yang paling efisien dalam memenuhi kebutuhan dan harapan/keinginan pasien/konsumen tersebut.²⁰

Selain itu apapun tipe sarana pelayanan kesehatannya, faktor penting lainnya yang dapat berpengaruh pada mutu pelayanan kesehatan adalah biaya pelayanan kesehatan yang juga harus bermutu (selanjutnya disebut biaya mutu). Demings, salah seorang pioner mutu, menyatakan bahwa dimungkinkan untuk menghemat sebanyak 30 persen pengeluaran operasional organisasi dengan cara memecahkan masalah mutu, seperti: kesalahan, keluhan yang seharusnya dapat dihindarkan, kelalaian, upaya yang mubazir, sistem yang tidak efisien, tenaga yang tidak terlatih, dan masalah lain.²¹

Biaya mutu dapat dinyatakan dalam bentuk pengertian moneter (jumlah, harga, dan ongkos) yang ditetapkan dan dicatat pada setiap satuan kerja, misalnya biaya berbagai kategori tindakan, pemeliharaan bangunan, administrasi, binatu, biaya obat, makanan, dan lain-lain. Biaya moneter ini dapat digolongkan sebagai biaya penting yang akan dibebankan/ditanggung oleh pasien. Selain itu dapat pula dalam bentuk pengertian nonmoneter, seperti keluhan, penderitaan, pengorbanan, dan kesusahan.²²

¹⁹ Imbalo S, Pohan, *op. cit.*, hlm. 13.

²⁰ *Ibid.* hlm. 16-17.

²¹ *Ibid.* hlm. 17.

²² *Ibid.* hlm. 57.

Sedangkan pada lingkungan pelayanan kesehatan, biaya pelayanan kesehatan dikatakan bermutu rendah apabila mahal dan tidak efisien (pemborosan). Hal ini disebabkan karena: 1. Biaya kegagalan, yaitu biaya yang timbul sebagai akibat tidak dapat dilaksanakannya tindakan yang tepat, pada waktu yang tepat, dan pada tempat yang tepat. 2. Biaya penggunaan atau pemanfaatan, yaitu biaya yang pemanfaatannya ditimbulkan oleh penggunaan sumber daya yang tidak efisien dan efektif.

Melakukan penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan dalam praktik sehari-hari tidaklah mudah. Penyebab utamanya karena mutu pelayanan tersebut bersifat multi-dimensional. Tiap orang, tergantung dari latar belakang dan kepentingan masing-masing, dapat saja melakukan penilaian dari dimensi yang berbeda. Sebagaimana penelitian yang pernah dilakukan oleh Roberts dan Prevost (1987), telah berhasil membuktikan adanya dimensi tersebut, yaitu:²³

Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi antara petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien, dan/atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.

1. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran mutakhir dan/atau adanya otonomi profesi pada waktu menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.
2. Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan, dan/atau kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

Namun demikian, terkait pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu pada penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial, sekarang ini sebenarnya sudah didukung oleh aturan main yang cukup. Sejalan dengan asas keadilan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RS misalnya, pada UU No. 44 Tahun 2009 tentang RS Pasal 2 telah diatur bahwa faktor pemberian perlindungan dan tanggung jawab hukum bagi

²³ Azrul Azwar, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan* (Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1996), hlm. 25.

pihak RS (mencakup pelaksana, penyelenggara, dan pengelola pelayanan kesehatan di RS) sangat diperlukan. Sedangkan pada Pasal 44 dinyatakan bahwa perlindungan hukum pada RS dapat berupa:

1. RS dapat menolak mengungkapkan segala informasi kepada publik yang berkaitan dengan rahasia kedokteran.
2. Pasien dan/atau keluarga yang menuntut RS dan menginformasikannya melalui media massa, dianggap telah melepaskan hak rahasia kedokterannya kepada umum.
3. Penginformasian kepada media massa tersebut berarti memberikan kewenangan kepada RS untuk mengungkapkan rahasia kedokteran pasien sebagai hak jawab RS.

Selain itu pada Pasal 45 juga dinyatakan bahwa:

“(1) RS tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif.

(2) RS tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.”

Adapun tanggung jawab hukum bagi RS, sebagaimana diatur pada Pasal 46 adalah “RS secara hukum menanggung semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di RS.” Hal ini sangat penting, agar tidak ada salah satu pihak yang merasa dirugikan nantinya. Mengingat saat ini masyarakat sudah semakin kritis terhadap pelayanan yang diterimanya, sementara persaingan industri perumahsakitan pun semakin pesat. Sedangkan RS yang bertarap internasional dan modern baik di dalam maupun di luar negeri sudah semakin menjamur.

Selain itu, sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara (MENPAN) No. 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik Bab V huruf A, RS sebagai penyelenggara pelayanan publik dan dalam rangka menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, perlu memperhatikan dan menerapkan beberapa prinsip, yakni:

1. Kesederhanaan. Prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.
2. Kejelasan. Kejelasan ini mencakup kejelasan dalam hal:
 - a. Persyaratan teknis dan administratif pelayanan publik;

- b. Unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan/sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik;
 - c. Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran.
3. Kepastian waktu. Pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang ditentukan.
 4. Akurasi. Produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat, dan sah.
 5. Keamanan. Proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum.
 6. Tanggung jawab. Pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggung jawab atas penyelenggaraan dan penyelesaian keluhan/persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik.
 7. Kelengkapan sarana dan prasarana. Tersedianya sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyedia sarana teknologi telekomunikasi dan informatika (telematika).
 8. Kemudahan akses. Tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika.
 9. Kedisiplinan, kesopanan dan keramahan. Pemberi pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas.
 10. Kenyamanan. Lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman, bersih, rapi, lingkungan yang indah dan sehat serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan, seperti parkir, toilet, tempat ibadah dan lain-lain.

Keputusan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara (MENPAN) No. 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik Bab V huruf B, juga mengatur bahwa RS sebagai penyelenggara pelayanan publik dan dalam rangka menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu harus memiliki standar pelayanan yang sekurang-kurangnya meliputi:

1. Prosedur pelayanan. Prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.
2. Waktu penyelesaian. Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.
3. Biaya pelayanan. Biaya/tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.

4. Produk pelayanan. Hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
5. Sarana dan prasarana. Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik.
6. Kompetensi petugas pemberi pelayanan. Kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, ketrampilan, sikap, dan perilaku yang dibutuhkan.

Kesemuanya ini merupakan strategi dasar dalam pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu. Terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu oleh pihak penyelenggara pelayanan kesehatan dapat tercermin melalui komitmen dan kemauan pihak penyelenggara dalam memberikan pelayanan yang berorientasi pada kepentingan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau serta berkeadilan, meningkatkan daya saing di dalam pelayanan kesehatan dengan kompetensi dan profesionalisme tenaga kesehatan sebagai pelaksana sekaligus penyelenggara pelayanan kesehatan dan memberdayakan secara optimal potensi nasional untuk memanfaatkan peluang yang ada, serta meminimalisasi liberalisme negatif terkait pelayanan kesehatan.

D. Kesimpulan

Sejalan dengan amendemen UUD Negara RI Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2), Jaminan kesehatan sosial merupakan program negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan kesehatan bagi seluruh rakyat.

Namun demikian, pemahaman kebanyakan orang bahwa jaminan kesehatan sosial/asuransi kesehatan sosial merupakan suatu program asuransi kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat miskin atau kurang mampu, sehingga tidak jarang para peserta asuransi sosial mendapat perlakuan diskriminatif. Kepuasan pasien berbanding lurus dengan mutu pelayanan di sarana pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien dan mutu pelayanan di sarana pelayanan kesehatan merupakan indikator dari keberhasilan penyelenggaraan pelayanan di sarana pelayanan kesehatan.

Sekarang ini Indonesia sudah mempunyai kebijakan yang cukup terkait ketentuan pemberian pelayanan kesehatan bermutu bagi masyarakat. Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu

pada penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial diperlukan komitmen dan kemauan pihak penyelenggara serta dukungan dari pihak terkait untuk dapat konsisten melaksanakan kebijakan yang sudah ada dalam memberikan pelayanan yang berorientasi pada kepentingan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Azwar, Azrul. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly J. H. 1987. *Organisasi dan Manajemen-Prilaku, Struktur, Proses*. Jakarta: Erlangga.
- Pohan, Imballo S. 2007. *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan, Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sarwono, Solita. 1997. *Sosiologi Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Utama, Surya. 2003. *Memahami Fenomena Kepuasan Pasien RS. Referensi Pendukung untuk Mahasiswa, Akademik, Pimpinan, Organisasi dan Praktisi Kesehatan*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Widjajarta. 2001. *Kepuasan Konsumen Jasa Pelayanan RS*. Jakarta: YLKJI.
- Wijono, Djoko. 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Teori, Strategi dan Aplikasi Vol. 1*. Surabaya: Airlangga University Press.

Surat Kabar

- "Reformasi Layanan Kesehatan Untuk Rakyat Miskin", *Republika*, 26 Maret 2010.
- "Kesehatan Rakyat Diprioritaskan", *Suara Pembaharuan*, 16 Maret 2008.
- "JPK Gakin", *Harian Pelita*, 14 Maret 2013.

Dokumen

- Menko Kesra. 2013. "Tantangan Pelaksanaan Program Jaminan Sosial Kesehatan Semesta", <http://www.menkokesra.go.id/content/menko-kesra-tantangan-pelaksanaan-program-jaminan-sosial-kesehatan-semesta>, diakses 27 Januari 2013.
- Pamjaki. 2012. "Konsep dan Jenis Asuransi Kesehatan, dalam Asuransi Kesehatan Nasional," <http://www.pamjaki.org/pamjaki-266/index.php?id=11-pendahuluan.html>, diakses 1 Oktober 2012.
- Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR-RI. 2008. *Laporan Survei: Kepuasan Masyarakat terhadap Pelayanan di Rumah Sakit*. Jakarta: Sekjend DPR-RI.



BAB III

SISTEM JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA: APA DAN BAGAIMANA?

Rohani Budi Prihatin¹

Indonesia adalah negara yang menerapkan prinsip *social state model* dengan mengakomodasi elemen *welfare state model* di dalam mewujudkan kesejahteraan rakyatnya.² Konsep negara kesejahteraan model Indonesia adalah gabungan dari *social state model* yang memperkenalkan mekanisme asuransi sosial dan ada elemen *welfare state model*.

Jaminan sosial merupakan hak asasi setiap warga negara sebagaimana tercantum dalam UUD Negara RI Tahun 1945 Pasal 27 ayat (2). Secara universal, jaminan sosial dijamin oleh Pasal 22 dan 25 Deklarasi Universal hak Asasi Manusia oleh PBB (1948), di mana Indonesia ikut menandatangannya. Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang, seperti terbaca pada perubahan UUD Negara RI Tahun 1945 Tahun 2002, Pasal 34 ayat (2), yaitu "Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat."

Inti dari program jaminan sosial adalah penyelenggaraan program kesejahteraan yang kepesertaannya bersifat wajib dan dilakukan melalui mekanisme asuransi sosial dengan manfaat sesuai dengan kebutuhan

¹ Penulis adalah Peneliti Bidang Studi Masyarakat dan Sosiologi Perkotaan di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI. E-mail: rohbudbud@gmail.com.

² Sulastomo, *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Mewujudkan Amanat Konstitusi* (Jakarta: Penerbit Buku Kompas, 2011), hlm. 9.

dasar hidup yang layak.³ Sedangkan bagi kelompok masyarakat yang tidak mampu, UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disingkat UU SJSN) membuka peluang kepesertaan penerima "bantuan iuran" dalam program jaminan sosial nasional. Di sinilah letak pentingnya program pengentasan kemiskinan yang sekaligus dikonversi dengan pendekatan jaminan sosial. Dengan demikian, Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diperuntukkan bagi seluruh warga negara, baik yang kaya maupun miskin, sesuai dengan kebutuhan dasar hidup yang layak.

Berdasarkan sejarahnya, upaya mewujudkan kesejahteraan melalui penyelenggaraan jaminan sosial diperkenalkan oleh Kanselir Jerman, Otto von Bismark sejak 1883. Di bawah kepemimpinannya, lahir undang-undang mengenai asuransi kecelakaan kerja dan asuransi kesehatan, serta untuk jaminan terhadap keadaan tidak sanggup bekerja akibat cacat, dan jaminan hari tua. Pada awal pelaksanaan program, hanya 10 persen di antara penduduk Jerman mendapat keuntungan dari legislasi di bidang sosial tersebut. Namun, saat ini hampir 90 persen penduduk Jerman menikmati program tersebut. Pola inilah yang kemudian diadopsi oleh pemerintahan Indonesia.

Mewujudkan kesejahteraan rakyat adalah cita-cita setiap manusia, bangsa, dan negara. Dengan demikian, SJSN merupakan cara (*means*) sekaligus tujuan mewujudkan kesejahteraan, baik yang menganut sistem ekonomi sosialis (SES) maupun sistem ekonomi kapitalis (SEK) dan sistem ekonomi campuran (SEC).

Negara-negara sosialis (SES) menempatkan peran negara yang sangat besar sehingga pemerintah tidak hanya sebagai regulator, tetapi juga sebagai penyelenggara/pemberi kesejahteraan rakyat. Sebaliknya, di negara kapitalis (SEK), misalnya Amerika Serikat, meskipun pemerintah lebih sebagai regulator, peran pemerintah dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial tetap besar.

Sementara, di banyak negara di benua Eropa dan negara lainnya, dengan sistem ekonomi campuran (SEC), pemerintah dan rakyat secara bersama-sama mewujudkan kesejahteraan yang dicita-citakan tersebut. Kenyataan itu merupakan implementasi SES, SEK, dan SEC. Mengesankan, ternyata mewujudkan kesejahteraan sering dianggap merupakan subsistem ekonomi suatu bangsa. Padahal, sistem ekonomi apa pun, tujuannya tetap sama yaitu untuk mewujudkan kesejahteraan rakyat.

³ Hasbullah Thabranji, "Asuransi Kesehatan Nasional (dalam SJSN) Penangkal Kebodohan Bangsa", Makalah tidak diterbitkan.

Sebagai gambaran dari penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai wujud kesejahteraan rakyat dapat dilihat dalam ilustrasi sebagai berikut. Di negara sosialis, seluruhnya menjadi tugas negara, baik pembiayaan, sarana kesehatan (*health care providers*), maupun penunjangnya. Sebaliknya, di Amerika Serikat, jaminan kesehatan seutuhnya menjadi tugas masyarakat, baik dari aspek pembiayaan maupun aspek penyelenggaraan serta sarana pelayanan kesehatannya. Rakyat bebas untuk memilih cara memperoleh pelayanan kesehatan, pembiayaan, dan sarana kesehatan yang dikehendaki. Sementara itu, di banyak negara lain yang menganut sistem ekonomi campuran (SEC), jaminan kesehatan diselenggarakan bersama, antara rakyat dan pemerintah.

Hal ini menunjukkan bahwa upaya mewujudkan kesejahteraan rakyat, sebagaimana dikenal sebagai sistem jaminan sosial (*social security system/SSS*) terdapat dalam negara yang menggunakan SES, SEK dan SEC, meski landasan filosofinya berbeda.

Di negara dengan SEC dilandasi falsafah 'kebersamaan' atau 'solidaritas', atau 'kegotongroyongan', sementara di negara dengan SEK berdasarkan falsafah individualisme, meskipun peran SJSN negara tetap saja besar, sebab tujuannya sama yaitu memberi 'rasa aman' (*security*) sepanjang perjalanan hidup manusia, dari saat dilahirkan sampai meninggal dunia.

A. Sejarah Jaminan Sosial di Indonesia

Di Indonesia sebenarnya telah ada beberapa program jaminan sosial yang diselenggarakan dengan mekanisme asuransi sosial dan tabungan sosial. Namun cakupan kepesertaan program tersebut baru sebagian dari masyarakat yang bekerja di sektor formal. Sebagian besar lainnya, terutama yang bekerja di sektor informal, belum memperoleh perlindungan sosial. Selain itu, program-program tersebut belum sepenuhnya mampu memberikan perlindungan yang adil kepada peserta dan manfaat yang diberikan kepada peserta masih belum memadai untuk menjamin kesejahteraan mereka.⁴

Program jaminan sosial awalnya berlaku untuk pegawai negeri sipil, pensiunan pegawai negeri, pensiunan TNI-Polri, Veteran, dan anggota keluarga. Mereka menerima jaminan kesehatan yang dikelola

⁴ Dinna Wisnu, *Politik Sistem Jaminan Sosial: Menciptakan Rasa Aman dalam Ekonomi Pasar* (Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama, 2012), hlm. 8.

PT Askes berdasarkan PP No. 69 Tahun 1991 tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta Keluarganya.

Selain itu, pegawai negeri yang memasuki masa pensiun mendapatkan jaminan pensiun yang dikelola oleh program Tabungan Pensiun (Taspen) berdasarkan PP No. 26 Tahun 1981 tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri menjadi Perusahaan Perseroan (Persero). Anggota TNI-Polri dan PNS Departemen Pertahanan mendapat jaminan hari tua, cacat, dan pensiun melalui program Asabri berdasarkan PP No. 67 Tahun 1991 tentang Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata. Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, dan PNS Dephan memperoleh jaminan pensiun melalui anggaran negara.

Dengan demikian, sebagian besar program pensiun pegawai negeri, TNI, dan Polri tidak didanai dari tabungan pegawai sehingga sangat bergantung pada anggaran belanja negara. Kontribusi pemerintah, dari APBN, untuk dana pensiun pegawai negeri, tentara, dan anggota polisi -yang merupakan suatu bentuk tunjangan pegawai atau *employment benefits*- akan terus membengkak dan memberatkan APBN, jika tidak ditunjang dengan peningkatan iuran dari pegawai.

Penyelenggaraan dana pensiun yang adil dan memadai yang didanai bersama (bipartit) antara pekerja sendiri dan pemberi kerja, terlepas dari status pegawai negeri atau swasta atau usaha sendiri (*self-employed*) merupakan sebuah sistem yang lebih berkeadilan dan lebih terjamin kesinambungannya.

Sebenarnya dana Pensiun yang dikelola PT Taspen terdiri atas 14 persen dana dari iuran PNS dan 86 persen dari APBN. Cakupan beberapa skema jaminan sosial yang ada (Askes, Taspen, Asabri, Jamsostek) baru diperuntukan bagi 7,8 juta tenaga kerja formal dari 100,8 juta angkatan kerja. Baru 12 juta tenaga kerja formal kini aktif sebagai peserta PT Jamsostek. Di negara-negara lain, kepesertaan tenaga kerja yang memperoleh jaminan sosial sudah mencakup seluruh tenaga kerja formal. Khusus dalam program asuransi kesehatan sosial dengan pembiayaan dari publik, Indonesia jauh tertinggal karena baru menjamin sembilan persen dari jumlah penduduknya.

Sedangkan dalam program jaminan hari tua/pensiun, jaminan sosial di Indonesia baru mencapai maksimal 20 persen dari total pekerja sektor formal. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa rendahnya cakupan kepesertaan program jaminan sosial sekarang ini terjadi karena program tersebut belum sepenuhnya mampu memberikan perlindungan

yang adil pada para peserta dan manfaat yang diberikan kepada peserta belum memadai untuk menjamin kesejahteraannya.⁵ Selain itu, program jaminan sosial di Indonesia belum mampu meningkatkan pertumbuhan dan menggerakkan ekonomi makro karena porsi dana jaminan sosial terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) Indonesia masih sangat kecil.⁶

Dari berbagai permasalahan yang berkembang saat ini, kendala utama pengembangan program jaminan sosial di Indonesia dapat diidentifikasi sebagai berikut:

1. Kualitas pelayanan yang masih rendah dari lembaga jaminan sosial yang ada, sehingga perlu ditingkatkan, baik dari segi besaran manfaat yang diterima maupun mekanisme perolehan manfaat.
2. Pengelolaan administrasi dan pelayanan yang kurang efisien dan kurang baik yang menyebabkan sering terjadinya keluhan peserta dan rendahnya tingkat kepuasan peserta.
3. Selama ini program jaminan sosial tidak didukung oleh perangkat penegak hukum yang konsisten, adil dan tegas, sehingga belum semua tenaga kerja memperoleh perlindungan yang optimal.
4. Adanya intervensi pejabat pemerintah terhadap penggunaan dana program jaminan sosial yang ada saat ini berdampak pada kurang optimalnya manfaat program dan menimbulkan keresahan dan rasa tidak puas di kalangan para peserta.
5. Seluruh badan penyelenggara jaminan sosial yang ada merupakan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) berbentuk Persero yang harus mencari keuntungan dan menyetorkan deviden ke Pemerintah dan bukan memaksimalkan manfaat sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.
6. Beberapa prinsip universal asuransi sosial, belum diterapkan secara konsisten.

B. Upaya Perbaikan dan Penyempurnaan

Pada awal era reformasi, Pemerintah Indonesia menyadari sepenuhnya bahwa program jaminan sosial yang ada mempunyai keterbatasan cakupan. Berdasarkan kesadaran tersebut dan adanya mandat Ketetapan MPR RI Nomor X/MPR/2001 kepada Presiden RI

⁵ Hasbullah Thabrary, *op. cit.* Lihat juga, Hasbullah Thabrary, "Asuransi Kesehatan Nasional (dalam SJSN) Penangkal Kebodohan Bangsa", Makalah tidak diterbitkan.

⁶ Bambang Purwoko, "Implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk Kesejahteraan Rakyat: Antara Harapan dan Tantangan," Makalah pada Seminar "Kesiapan Rumah Sakit dalam Menghadapi Implementasi BPJS Kesehatan", Jakarta, 7 Juli 2012.

untuk mengembangkan SJSN dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang menyeluruh dan terpadu, Presiden mengambil inisiatif menyusun SJSN.

SJSN disusun berlandaskan prinsip-prinsip yang mampu memenuhi keadilan, keberpihakan pada masyarakat banyak (*equity egaliter*), transparansi, akuntabilitas, kehati-hatian (*prudentiality*) dan layak. Prinsip *equity egaliter* merupakan suatu bentuk keadilan sosial yang dicita-citakan di mana setiap penduduk harus dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya (yang layak) tanpa memerhatikan kemampuan ekonominya. Dalam bidang kesehatan, prinsip ini diwujudkan dengan menjamin agar semua penduduk yang sakit mendapatkan pengobatan atau pembedahan yang dibutuhkan meskipun ia miskin.

SJSN terutama akan didasarkan pada mekanisme asuransi sosial, sehingga anggaran belanja negara yang dialokasikan untuk kesejahteraan pada akhirnya akan semakin berkurang. Bagi penduduk yang tidak mampu, sebagian atau seluruh iuran akan dibayarkan oleh pemerintah, sesuai dengan tingkat ketidak-mampuan penduduk.

Dalam Pidato di hadapan Sidang Tahunan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia Tahun 2002, Presiden telah menyampaikan bahwa konsep SJSN tersebut sedang disusun oleh Tim SJSN yang dibentuk oleh Pemerintah RI dengan Keppres No. 20 Tahun 2002 tentang Pembentukan Tim SJSN.

SJSN merupakan amanat UUD Negara RI Tahun 1945 yang wajibkan negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu, sesuai dengan martabat kemanusiaan. Untuk mewujudkan SJSN, maka perlu dibentuk lembaga yang selanjutnya disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Pembentukan BPJS merupakan amanat UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Dalam rangka menjalankan SJSN, pemerintah perlu membentuk BPJS yang berbentuk badan hukum publik. UU tentang BPJS ini mengamanatkan pembentukan dua BPJS yaitu BPJS Kesehatan yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan yang menyelenggarakan program jaminan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian.

UU ini juga mengamanatkan adanya transformasi kelembagaan PT. ASKES (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT Taspen (Persero), dan PT Asabri (Persero) menjadi BPJS. Dengan terbentuknya BPJS, diharapkan seluruh masyarakat Indonesia mendapatkan perlindungan dan

kesejahteraan sosial yang lebih menyeluruh dan terpadu sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Dalam penyelenggarannya, BPJS terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Dan dalam APBN 2013, Pemerintah telah mengalokasikan anggaran untuk persiapan pelaksanaan SJSN, antara lain berupa penyertaan modal negara serta peningkatan kapasitas puskemas dan rumah sakit milik Pemerintah. Selain itu, Pemerintah juga menyediakan anggaran untuk peningkatan kesadaran masyarakat akan manfaat pelayanan kesehatan, serta anggaran sosialisasi, edukasi dan advokasi kepada masyarakat tentang SJSN dan BPJS.

Mulai 2014, Pemerintah menanggung iuran bagi masyarakat miskin dan kurang mampu (yang disebut sebagai Penerima Bantuan Iuran atau PBI) untuk menjamin keikutsertaan mereka dalam program ini. Dengan berbagai kebijakan tersebut, alokasi belanja negara akan meningkat secara signifikan.

C. Pendanaan, Cakupan, dan Penyelenggara Program

Masalah pokok dalam penyelenggaraan program jaminan sosial adalah: *Pertama*, dari mana dana besar untuk membiayai program jaminan sosial?; *Kedua*, jenis-jenis program apa saja yang dapat dinikmati oleh masyarakat?; dan *ketiga*, bagaimana dan siapa penyelenggara program jaminan sosial?

Dari sisi pendanaan, banyak negara menempuh jalan yang berbeda:

Pertama, ada yang melalui asuransi sosial maupun asuransi komersial. Mekanisme asuransi sosial banyak diterapkan di banyak negara dengan SEC, sementara asuransi komersial diterapkan di negara dengan SEK. Setiap peserta membayar premi atau iuran sejumlah tertentu, yang bersifat wajib (asuransi sosial) atau secara sukarela (asuransi komersial). Beban premi atau iuran dapat menjadi beban peserta, penerima/pemberi kerja atau negara (sebagai bentuk subsidi/bantuan).

Kedua, melalui mekanisme tabungan (*provident fund*), baik tabungan wajib maupun tabungan sukarela, misalnya di Singapura yang dikenal sebagai CPF (*central provident fund*) atau di Malaysia dengan EPF (*employee provident fund*).

Ketiga, melalui mekanisme pajak, antara lain diterapkan di Amerika Serikat (*social security tax*), yang digunakan untuk penyelenggaraan program jaminan pensiun, termasuk untuk pekerja mandiri.

Keempat, kombinasi berbagai mekanisme yang ditambah anggaran SJSN sebagai subsidi/bantuan (*social-assistance*). Misalnya, di AS dikenal mekanisme subsidi bagi kelompok miskin dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (*medicaid*), meskipun mekanisme asuransi komersial sangat dominan.

Jenis program jaminan sosial yang diselenggarakan di suatu negara umumnya berbeda-beda, tergantung kondisi ekonomi serta kebutuhan rakyatnya. Namun yang banyak dikenal di berbagai negara, setidaknya terdiri dari jaminan kesehatan (JK), jaminan kecelakaan kerja (JKK), jaminan pemutusan hubungan kerja (JPHK), jaminan hari tua (JHT), jaminan pensiun (JP) dan jaminan kematian (JKM). Dengan keenam jaminan sosial ini, diharapkan ada rasa aman pada setiap orang, sejak lahir sampai masuk ke liang kubur atau sepanjang hidupnya.

Prinsip yang menjadi ciri sistem jaminan sosial yaitu, *pertama*, program jaminan sosial itu tumbuh dan berkembang sejalan dengan pertumbuhan ekonomi suatu negara. Hal ini terkait dengan peningkatan kebutuhan masyarakat, sejalan dengan meningkatnya tuntutan di bidang kesejahteraan. Kebutuhan program tersebut di lingkungan kelompok tenaga kerja formal, selalu tumbuh lebih awal. Oleh karena itu, program jaminan sosial berkembang terlebih dahulu pada kelompok formal, baru kemudian nonformal.

Kedua, ada peran peserta untuk ikut membiayai program jaminan sosial, melalui mekanisme asuransi, baik sosial/komersial atau tabungan. Hal ini terlepas bahwa beban iuran bisa saja menjadi beban pemberi dan penerima kerja (bagi tenaga kerja formal), dari subsidi negara dalam bentuk bantuan sosial (bagi masyarakat miskin) dan dari peserta sendiri bagi kelompok yang mandiri dan mampu.

Ketiga, kepesertaan yang bersifat wajib sehingga hukum *the law of large numbers* cepat terpenuhi. Selama ini ada persepsi yang keliru bahwa program jaminan sosial akan membebani anggaran negara. Padahal pada praktiknya, program jaminan sosial itu tumbuh dan berkembang sejalan dengan pertumbuhan ekonomi sebuah negara. Itulah kenapa, program jaminan sosial berkembang lebih dulu pada kelompok pekerja formal (PNS, pekerja swasta, dan lain sebagainya), baru kemudian merambah pekerja informal.

Dari berbagai survei yang diselenggarakan oleh *International Social Security Association* (ISSA), tingkat pendapatan individu sekitar US\$500 per kapita adalah kondisi yang dianggap layak untuk memulai program jaminan sosial.

D. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Mulai 2014, BPJS Kesehatan akan mengelola JKN yang akan memberikan kepastian jaminan kesehatan bagi setiap rakyat Indonesia. Jaminan ini diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan perseorangan 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 berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas, yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai kebutuhan medis yang tak terkait dengan besaran iuran yang dibayarkan. Besar iuran ditetapkan sebagai persentase tertentu dari upah, bagi mereka yang memiliki penghasilan. Sementara itu, pemerintah akan membayarkan iuran bagi mereka yang tidak mampu (fakir miskin).

Dengan demikian, JKN berjalan melalui sistem gotong royong guna mewujudkan kesehatan rakyat Indonesia. Masyarakat yang mampu diwajibkan membayar iuran untuk membantu orang yang tidak mampu. Mekanisme pembayaran iuran ada tiga macam: (1) PNS dan pegawai formal dipotong dari gaji berdasarkan dari persentase gaji mereka; (2) untuk pekerja nonformal, mereka diwajibkan membayar premi; dan (3) untuk rakyat miskin akan disubsidi oleh pemerintah dengan istilah PBI (Penerima Bantuan Iuran).

Di dalam JKN ini, masyarakat mempunyai hak dan kewajiban. Dalam hal ini seorang pemberi kerja wajib mendaftarkan pekerjanya, dan ketika tidak mendaftarkan akan mendapatkan sanksi. Sedangkan hak masyarakat ialah mendapatkan kartu untuk dapat 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.

E. Prinsip Asuransi Sosial

Sebagai sebuah konsep, pemikiran mengenai perlunya asuransi sosial pertama kali ditemukan pada akhir abad 19, sebagai respons dari dampak revolusi industri bagi warga negara Jerman.⁷ Kanselir Jerman Otto Von Bismarck memperkenalkan sejumlah kebijakan pada waktu itu, seperti asuransi kesehatan (1883), kompensasi pekerja (1884), dan asuransi wajib hari tua (1889) untuk melindungi rakyatnya dari ketidakpastian keuangan.

Dari perspektif global, Amerika Serikat relatif negara pendatang baru dalam soal asuransi sosial. Baru pada tahun 1911, negara bagian Wisconsin pertama kali membuat legislasi mengenai kompensasi pekerja, selanjutnya disusul oleh negara-negara bagian lainnya sehingga baru pada tahun 1959, seluruh negara bagian Amerika Serikat mempunyai aturan mengenai asuransi sosial ini.

Dengan mengadopsi dan memodifikasi program jaminan sosial di Jerman dan Amerika Serikat, program jaminan sosial di Indonesia berbasis asuransi sosial dan bantuan sosial sekaligus. Hal ini dapat kita lihat dari isi UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN itu. Dalam Pasal 1 berbunyi:

“Asuransi sosial adalah suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya.”

Lalu Pasal 17 ayat (1): “Setiap peserta wajib membayar iuran.” Sementara itu, ayat (2) berbunyi:

“Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran yang menjadi kewajibannya dan membayarkan iuran tersebut kepada BPJS secara berkala.”

Dari dua pasal tersebut di atas, maka dapat dipahami bahwa terjadi pengalihan tanggung jawab negara kepada individu atau rakyat melalui iuran yang dibayarkan langsung, atau melalui pemberi kerja bagi karyawan swasta, atau oleh negara bagi pegawai negeri. Lalu sebagai tambal sulamnya, negara membayar iuran program jaminan sosial bagi yang miskin. Pengalihan tanggung jawab negara kepada

⁷ Leah Rogne (Editor), et al., *Social Insurance and Social Justice: Social Security, Medicare, and the Campaign Against Entitlements* (New York: Springer Publishing Company, 2009), hlm. xxvi-xxvii.

individu dalam masalah jaminan sosial juga dapat dilihat dari penjelasan undang-undang tersebut tentang prinsip gotong-royong yaitu: Peserta yang mampu membantu 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.

Hal ini ditegaskan oleh UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 19 ayat (1) yang berbunyi: "Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas." Demikian juga dengan Pasal 29, 35, 39, dan 43. Semua pasal tersebut menyebutkan secara jelas bahwa jaminan sosial itu diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial.

Prinsip asuransi sosial juga terlihat dalam UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Pada Pasal 1 huruf (g) dan Pasal 14 serta Pasal 16 disebutkan bahwa BPJS menyelenggarakan SJSN berdasarkan prinsip kepesertaan yang bersifat wajib.

Sementara itu, konsep tentang bantuan sosial pertama kali ditulis untuk penduduk Bruges oleh Jean Louis Vives, dalam bukunya *De Subventione Pauperum*, yang diterbitkan pada 1526. Buku tersebut berisi tentang tinjauan terhadap bantuan bagi rakyat miskin yang sudah dilakukan serta memberikan masukan mengenai cara untuk memperbaiki bantuan dan bagaimana agar bantuan tersebut lebih merata.

Gagasan Vives tentang bantuan sosial adalah tindakan yang didasarkan pada solidaritas sosial karena kebergantungan antarmanusia di dalam masyarakat. Meskipun bukan hal baru pada zaman itu, konsep ini menandai kemajuan besar dalam sejarah bantuan sosial, terutama karena muncul pada masa yang menganggap kemiskinan sebagai kejahatan terhadap masyarakat.

Namun, ketika gagasan tentang bantuan sosial ini akan diterapkan di Kota Ypres (Belgia), ide untuk memperbaiki bantuan sosial di tingkat perkotaan mengandung benih kehancuran bagi institusi itu sendiri, di mana semakin baik bantuan bagi rakyat miskin yang ditawarkan oleh pihak perkotaan, semakin memancing kedatangan orang-orang miskin dari daerah lain sehingga menciptakan kekacauan di perkotaan. Pada akhirnya, jelas bahwa setiap tindakan untuk melawan kemiskinan, yang berakar pada keadaan umum masyarakat, harus dilaksanakan pada tingkat nasional.⁸

⁸ Vladimir Rys, *Reinventing Social Security Worldwide: Back to Essentials* (Bristol: The Policy Press, 2010), hlm. 12.

Di Indonesia, program jaminan sosial sudah ada sejak lama. Ada program Askes yang dimulai pada tahun 1968 bagi pegawai negeri dan penerima pensiun. Bagi masyarakat umum, tersedia JKPM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat), yang terbentuk berdasarkan UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Selain itu, ada juga Taspen dan Asabri, yang memberikan jaminan pensiun dan hari tua kepada PNS dan anggota TNI. Kemudian ada PT Jamsostek, yang memberi jaminan kesehatan bagi pekerja, hari tua, kematian, dan kecelakaan kerja.

Dibandingkankan dengan negara lain, pengeluaran untuk jaminan sosial di Indonesia relatif sangat kecil. Misalnya, pada tahun 1996, jumlah uang yang dikeluarkan untuk membayar jaminan sosial kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan pemeliharaan kesehatan, dan jaminan hari tua rata-rata tidak lebih dari lima persen dari PDB.⁹

Dari kenyataan yang ada, jumlah peserta program jaminan sosial di Indonesia masih sangat terbatas, masih di bawah 20 persen penduduk. Kualitas jaminan juga masih sangat terbatas pula.

Praktik di banyak negara, penyelenggaraan jaminan sosial dilakukan secara terpusat oleh negara. Pasalnya, penjaminan sosial adalah domain publik bukan swasta. Beberapa negara yang mempraktikkan hal tersebut di antaranya Amerika, Inggris, Australia, Malaysia, Filipina, dan lain-lain. Beberapa indikator menunjukkan bahwa sistem penjaminan sosial adalah domain publik yang harus dilaksanakan oleh negara, yakni adanya prinsip nirlaba, dan iuran yang bersifat wajib bagi seluruh masyarakat.

Praktik jaminan sosial di dunia juga dilaksanakan berdasarkan konsep dasar penjaminan yang disusun oleh Organisasi Perburuhan Internasional (ILO). Konsep penjaminan yang dituju oleh UU SJSN sampai pada level 2, yaitu penjaminan kebutuhan sosial dasar bagi pekerja dan seluruh rakyat Indonesia. Sebagian masyarakat Indonesia yang lebih mampu, akan membutuhkan jaminan sosial di level yang lebih tinggi. Pada level inilah, perusahaan-perusahaan asuransi komersial dapat mengambil peran secara aktif.

⁹ Wiku Adisasmito, "Case Studi: Rancangan Kepres RI tentang Badan Pengawas Sistem Jaminan Sosial," <http://staff.blog.ui.ac.id/wiku-a/files/2013/04/Studi-Kasus-rancangan-keputusan-presiden-ttg-badan-pengawas-sjsn.pdf>, diakses 28 Agustus 2013.

F. Paradigma SJSN

Secara universal, pengertian jaminan sosial dapat dijabarkan seperti beberapa definisi yang dikutip berikut ini. Menurut Guy Standing (2000),

"social security is a system for providing income security to deal with the contingency risks of life – sickness, maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death; the provision of medical care, and the provision of subsidies for families with children."

"jaminan sosial merupakan satu sistem yang memberikan jaminan pembiayaan pada saat terjadi risiko yang tidak terduga seperti kesakitan, masa tua, kecacatan saat kerja, putus hubungan kerja, dan kematian; dengan memberikan pemeliharaan kesehatan, dan bantuan keuangan bagi keluarga yang mempunyai anak-anak."

Sedangkan menurut Konvensi ILO Nomor 102,

"social security is the protection which society provides for its members through a series of public measures: (a) to offset the absence or substantial reduction of income from work resulting from various contingencies (notably sickness, maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death of the breadwinner); (b) to provide people with health care; and (c) to provide benefits for families with children."

"jaminan sosial adalah perlindungan bagi masyarakat melalui penyediakan bagi para anggotanya melalui serangkaian tindakan publik: (a) untuk perlindungan saat anggota masyarakat tidak berpenghasilan dan saat terjadi keadaan yang tidak terduga (seperti sakit, persalinan, kecelakaan kerja, pengangguran, cacat, usia tua dan kematian pada pekerja); (b) memberikan perawatan kesehatan; dan (c) memberikan manfaat bagi keluarga dengan anak-anak."

Dengan demikian, jaminan sosial adalah sistem penyelenggaraan program negara dan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial, agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia. Jaminan sosial diperlukan apabila terjadi hal-hal yang tidak dikehendaki yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya

pendapatan seseorang, baik karena memasuki usia lanjut atau pensiun, maupun karena gangguan kesehatan, cacat, kehilangan pekerjaan dan lain sebagainya.

Secara umum, SJSN bertujuan memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Sedangkan manfaat program Jamsosnas yaitu meliputi jaminan hari tua, asuransi kesehatan nasional, jaminan kecelakaan kerja, dan jaminan kematian. Program ini akan mencakup seluruh warga negara Indonesia, tidak peduli apakah mereka termasuk pekerja sektor formal, sektor informal, atau wiraswastawan.

SJSN dibuat sesuai dengan "paradigma tiga pilar" yang direkomendasikan oleh Organisasi Perburuhan Internasional (ILO). Pilar-pilar itu adalah:

1. *Pilar Pertama* menggunakan meknisme bantuan sosial (*social assistance*) kepada penduduk yang kurang mampu, baik dalam bentuk bantuan uang tunai maupun pelayanan tertentu, untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak. Pembiayaan bantuan sosial dapat bersumber dari APBN dan/atau masyarakat. Mekanisme empat bantuan sosial biasanya diberikan kepada Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) yaitu masyarakat yang benar-benar membutuhkan, umpamanya penduduk miskin, sakit, lanjut usia, atau ketika terpaksa menganggur.

Di Indonesia, bantuan sosial oleh Pemerintah kini lebih ditekankan pada pemberdayaan dalam bentuk bimbingan, rehabilitasi dan pemberdayaan yang bermuara pada kemandirian PMKS. Diharapkan setelah mandiri mereka mampu membayar iuran untuk masuk mekanisme asuransi. Kearifan lokal dalam masyarakat juga telah lama dikenal yaitu upaya-upaya kelompok masyarakat, baik secara mandiri, swadaya, maupun gotong royong, untuk memenuhi kesejahteraan anggotanya melalui berbagai upaya bantuan sosial, usaha bersama, arisan, dan sebagainya. Kearifan lokal akan tetap tumbuh sebagai upaya tambahan sistem jaminan sosial karena kearifan lokal tidak mampu menjadi sistem yang kuat, mencakup rakyat banyak, dan tidak terjamin kesinambungannya.

Pemerintah mendorong tumbuhnya swadaya masyarakat guna memenuhi kesejahteraannya dengan menumbuhkan iklim yang baik dan berkembang, antara lain dengan memberi insentif untuk dapat diintegrasikan dalam SJSN.

2. *Pilar Kedua* menggunakan mekanisme asuransi sosial atau tabungan sosial yang bersifat wajib atau *compulsory insurance*, yang dibiayai dari kontribusi atau iuran yang dibayarkan oleh peserta. Dengan kewajiban menjadi peserta, sistem ini dapat terselenggara secara luas bagi seluruh rakyat dan terjamin kesinambungannya dan profesionalisme penyelenggaranya.

Dalam hal peserta adalah tenaga kerja di sektor formal, iuran dibayarkan oleh setiap tenaga kerja atau pemberi kerja atau secara bersama-sama sebesar persentase tertentu dari upah. Mekanisme asuransi sosial merupakan tulang punggung pendanaan jaminan sosial di hampir semua negara. Mekanisme ini merupakan upaya negara untuk memenuhi kebutuhan dasar minimal penduduk dengan mengikutsertakan mereka secara aktif melalui pembayaran iuran. Besar iuran dikaitkan dengan tingkat pendapatan atau upah masyarakat (biasanya persentase tertentu yang tidak memberatkan peserta) untuk menjamin bahwa semua peserta mampu mengiur.

Kepesertaan wajib merupakan solusi dari ketidakmampuan penduduk melihat risiko masa depan dan ketidakdisiplinan penduduk menabung untuk masa depan. Dengan demikian sistem jaminan sosial juga mendidik masyarakat untuk merencanakan masa depan. Karena sifat kepesertaan yang wajib, pengelolaan dana jaminan sosial dilakukan sebesar-besarnya untuk meningkatkan perlindungan sosial ekonomi bagi peserta. Karena sifatnya yang wajib, maka jaminan sosial ini harus diatur oleh undang-undang tersendiri.

Di berbagai negara yang telah menerapkan sistem jaminan sosial dengan baik, perluasan cakupan peserta dilakukan secara bertahap sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat dan pemerintah serta kesiapan penyelenggaranya. Tahapan biasanya dimulai dari tenaga kerja di sektor formal (tenaga kerja yang mengikatkan diri dalam hubungan kerja), selanjutnya diperluas kepada tenaga kerja di sektor informal, untuk kemudian mencapai tahapan cakupan seluruh penduduk.

Upaya penyelenggaraan jaminan sosial sekaligus kepada seluruh penduduk akan berakhir pada kegagalan karena kemampuan pendanaan dan manajemen memerlukan akumulasi kemampuan dan pengalaman. Kelompok penduduk yang selama ini hanya menerima bantuan sosial, umumnya penduduk miskin, dapat menjadi peserta program jaminan sosial, di mana sebagian atau seluruh iuran bagi dirinya dibayarkan oleh pemerintah.

Secara bertahap bantuan ini dikurangi untuk menurunkan ketergantungan kepada bantuan pemerintah. Untuk itu pemerintah perlu memerhatikan perluasan kesempatan kerja dalam rangka mengurangi bantuan pemerintah membiayai iuran bagi penduduk yang tidak mampu.

3. *Pilar Ketiga* menggunakan mekanisme asuransi sukarela (*voluntary insurance*) atau mekanisme tabungan sukarela yang iurannya atau preminya dibayar oleh peserta (atau bersama pemberi kerja) sesuai dengan tingkat risiko dan keinginannya. Pilar ketiga ini adalah jenis asuransi yang sifatnya komersial, dan sebagai tambahan setelah yang bersangkutan menjadi peserta asuransi sosial. Penyelenggaraan asuransi sukarela dikelola secara komersial dan diatur dengan UU Asuransi.

Dari ketiga pilar tersebut, terlihat bahwa program jaminan sosial di Indonesia berupaya menggabungkan antara peran negara dalam memberikan bantuan kepada masyarakat miskin (*social assistance*) namun pada saat yang sama mengharapkan peran aktif dari warga negara yang mampu untuk membayar premi melalui iuran wajib.

G. Kesimpulan

Secara filosofis, SJSN merupakan amanat UUD Negara RI Tahun 1945 yang mewajibkan negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Secara politis, SJSN merupakan bentuk komitmen pemerintah untuk memberikan perlindungan warga negara dengan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu, sesuai dengan martabat kemanusiaan. Program ini akan diselenggarakan oleh BPJS yang merupakan penyatuan dari beberapa BUMN yang ditunjuk.

Dari pengalaman berbagai negara yang melakukan sistem jaminan sosial, sesungguhnya kita mempunyai banyak pilihan, antara lain berbasis bantuan sosial (*social assistance*), asuransi sosial (*social insurance*), ataupun gabungan dari keduanya. Dengan menggunakan mekanisme kepesertaan wajib dan membayar iuran, tampaknya sistem jaminan sosial menggunakan model *social insurance*. Namun pada saat yang sama, bagi warga negara yang tidak mampu membayar iuran, pemerintah berkewajiban membayarkan iuran mereka, sehingga

jaminan sosial di Indonesia juga bersifat *social assistance*. Dengan menggabungkan kedua mekanisme tersebut, maka kita dapat simpulkan bahwa jaminan sosial di Indonesia menggunakan mekanisme campuran.

Saat ini, sudah ada UU SJSN yang menjamin standar segala manfaat serta pelayanan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Di samping itu, sudah ada pula UU BPJS yang mengarahkan transformasi badan hukum penyelenggara jaminan sosial. Untuk jaminan kesehatan ditargetkan berjalan mulai 1 Januari 2014. Sementara itu, untuk jaminan ketenagakerjaan ditargetkan paling lambat 2 Juli 2015. Namun, kedua undang-undang tersebut dinilai masih membutuhkan regulasi turunan yang lebih teknis dan rinci agar pihak pelaksana memiliki landasan hukum kebijakan dan alat untuk memberi pelayanan optimal kepada seluruh warga negara.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- DeWitt, Larry, Beland, Daniel, dan Berkowitz, Edward D. 2008. *Social Security: A Documentary History*. Washington, D.C.: CQPress.
- Kingson, Eric R., Schulz, James H. (Editor). 1997. *Social Security in the 21st Century*. New York: Oxford University Press.
- Rogne, Leah Rogne (Editor), et al. 2009. *Social Insurance and Social Justice: Social Security, Medicare, and the Campaign Against Entitlements*. New York: Springer Publishing Company.
- Rys, Vladimir. 2011. *Merumuskan Ulang Jaminan Sosial* (Terjemahan). Jakarta: Pustaka Alvabet.
- Sulastomo. 2011. *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Mewujudkan Amanat Konstitusi*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Thabraney, Hasbullah et al. 2000. *Telaah Komprehensif Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: YPKMI.
- Wisnu, Dinna. 2012. *Politik Sistem Jaminan Sosial: Menciptakan Rasa Aman dalam Ekonomi Pasar*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Makalah

- Purwoko, Bambang. 2012. "Implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk Kesejahteraan Rakyat: Antara Harapan dan Tantangan." Makalah pada Seminar "Kesiapan Rumah Sakit dalam Menghadapi Implementasi BPJS Kesehatan," Jakarta, 7 Juli.
- Thabraney, Hasbullah. 2008. "Asuransi Kesehatan Nasional (dalam SJSN) Penangkal Kebodohan Bangsa." Makalah tidak diterbitkan.

Situs

- Adisasmito, Wiku. "Case Study: Rancangan Kepres RI tentang Badan Pengawas Sistem Jaminan Sosial," <http://staff.blog.ui.ac.id/wiku-a/files/2013/04/Studi-Kasus-rancangan-keputusan-presiden-ttg-badan-pengawas-sjsn.pdf>, diakses 28 Agustus 2013.



BAB IV

PROGRAM KARTU JAKARTA SEHAT SEBAGAI BENTUK JAMINAN SOSIAL UNTUK MASYARAKAT JAKARTA

Yulia Indahri¹

Program Kartu Jakarta Sehat (KJS) merupakan salah satu program Pemerintah Provinsi DKI Jakarta yang diharapkan dapat menjadi *pilot project* dari pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN sendiri adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin agar setiap warga negara dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera. Untuk mewujudkan hal tersebut, Pemerintah telah mengesahkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disingkat UU SJSN) pada 19 Oktober 2004.²

Sebelum terbitnya UU SJSN, sebenarnya program-program jaminan sosial telah dicoba diselenggarakan oleh pemerintah dan terus diupayakan untuk diperbaiki. Program-program tersebut bersifat parsial dan tersebar di berbagai ketentuan peraturan perundang-undangan, di antaranya:

- Undang-Undang Nomor 33 Tahun 1964 tentang Dana Pertanggungan Wajib Kecelakaan Penumpang;

¹ Penulis adalah Peneliti Bidang Studi Masyarakat dan Sosiologi Perkotaan di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI. Email: y.indahri@gmail.com.

² Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019* (Jakarta: Kemko Kesra, 2012), hlm. 2.

- Undang-Undang Nomor 34 Tahun 1964 tentang Dana Kecelakaan Lalu Lintas;
- Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja;
- Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1992 tentang Dana Pensiun;
- Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 1981 tentang Asuransi Sosial Pegawai Negeri Sipil;
- Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 tentang Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia;
- Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta Keluarganya; dan
- Peraturan Pemerintah Nomor 14 Tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja.

Diundangkannya UU SJSN juga berangkat dari pandangan Pemerintah yang melihat berbagai program jaminan sosial yang ada selama ini baru mencakup sebagian kecil masyarakat. Sementara sebagian besar masyarakat masih belum memperoleh perlindungan yang memadai. Sehingga pemerintah memandang perlu untuk menyusun sistem jaminan sosial yang mampu menginovasi penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta. Oleh karena itu dalam UU SJSN, jaminan sosial di Indonesia diperluas mencakup jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

SJSN yang dituangkan dalam UU SJSN bertujuan untuk melaksanakan amanat Pasal 28 H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2) UUD Negara RI Tahun 1945 dan menyebabkan perubahan mendasar dalam penyelenggaraan jaminan sosial selama ini. UU SJSN menetapkan bahwa program jaminan sosial diselenggarakan dengan mekanisme asuransi sosial, bantuan sosial, dan tabungan wajib. Pemahaman lebih lanjut mengenai mekanisme tersebut telah diperkenalkan oleh UU SJSN.

Asuransi sosial, sebagaimana ditetapkan dalam Pasal 1 angka 3, adalah suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya. Selanjutnya, penjelasan Pasal 19 ayat (1) menetapkan bahwa prinsip asuransi sosial mencakup kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah. Menjadi asuransi sosial bersifat wajib dan tidak

selektif dengan iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan dan bersifat nirlaba. Prinsip asuransi sosial diberlakukan untuk program jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Bantuan sosial, sebagaimana diatur dalam Pasal 14 UU SJSN dilaksanakan dengan mewajibkan pemerintah untuk membayar iuran jaminan sosial bagi penduduk fakir miskin dan tidak mampu, yang selanjutnya disebut sebagai penerima bantuan iuran. UU SJSN Pasal 17 ayat (1) mengatur bahwa pada tahap pertama, pemerintah berkewajiban membayar iuran jaminan kesehatan bagi penerima bantuan iuran jaminan sosial. Sedangkan tabungan wajib, dilaksanakan untuk penyelenggaraan program jaminan hari tua dan jaminan pensiun. Bagi program jaminan hari tua dan jaminan pensiun, Pasal 35 ayat (1) dan Pasal 39 ayat (2) mengatur bahwa prinsip tabungan wajib adalah pilihan di samping prinsip asuransi sosial. Pada penjelasan Pasal 35 ayat (1) dikatakan bahwa prinsip tabungan wajib dalam jaminan hari tua didasarkan pada pertimbangan bahwa manfaat jaminan hari tua berasal dari akumulasi iuran dan hasil pengembangannya. Sedangkan prinsip tabungan wajib pada program jaminan pensiun, penjelasan Pasal 39 ayat (1) menyatakan bahwa tabungan wajib diberlakukan untuk memberi kesempatan kepada pekerja yang memasuki usia pensiun sebelum masa iuran jaminan pensiun terpenuhi untuk memperoleh manfaat jaminan pensiun berupa akumulasi iuran ditambah hasil pengembangannya.

Program KJS merupakan salah satu bentuk jaminan di bidang kesehatan yang diluncurkan pada 10 November 2012. Sasaran program KJS rencananya adalah seluruh warga Jakarta. Akan tetapi, nantinya sasaran program hanyalah 4,7 juta warga miskin atau setara dengan 50 persen warga Jakarta. Kajian KJS diperlukan karena uji coba di Jakarta dilakukan sebelum pada akhirnya model jaminan kesehatan serupa diterapkan di seluruh provinsi di Indonesia.

Sebelumnya, pemerintah mengeluarkan asuransi kesehatan nasional bernama Asuransi Kesehatan untuk Masyarakat Miskin (Askeskin) pada tahun 2005. Ketika itu, Departemen Kesehatan menggandeng PT Askes Indonesia untuk melakukan verifikasi dan pembayaran tagihan dari rumah sakit. Kemudian muncul keluhan dari beberapa rumah sakit, karena terjadi tunggakan tagihan yang mengganggu operasional mereka.³

Tiga tahun kemudian, Askeskin diubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sejak itu, Askes hanya mendapat jatah untuk melakukan verifikasi. Sedangkan pembayaran tagihan diserahkan

³ A. Kelana, et al. "Praktek Meleset Jaminan Kesehatan" (*Gatra*, 5 Juni 2013), hlm. 99.

kepada Tim Pengelola Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin Departemen Kesehatan yang kini bernama Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Langkah inilah yang kemudian menjadi awal proses realisasi *universal health coverage* sebagai amanat UU SJSN.⁴

Terjadinya permasalahan yaitu adanya data yang salah masuk menyebabkan pihak Kemenkes menerapkan kebijakan, bagi masyarakat miskin atau tidak mampu yang belum masuk Jamkesmas, pembiayaan kesehatannya menjadi tanggung jawab pemerintah daerah melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Sehingga tertutup kemungkinan orang sudah memegang Jamkesmas mendapat jatah Jamkesda.

KJS merupakan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang diberikan oleh Pemerintah Provinsi DKI Jakarta melalui Unit Pengelola Jamkesda Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta kepada masyarakat dalam bentuk bantuan pengobatan. Saat ini belum ada satu daerah pun yang mau secara penuh melaksanakan program percontohan seperti ini sehingga KJS perlu dievaluasi dengan belajar dari Jamkesmas dan Jamkesda untuk melihat kelebihan dan kekurangannya jika diterapkan secara nasional.

A. Jaminan Sosial

Istilah jaminan sosial muncul pertama kali di Amerika Serikat dalam the *Social Security Act* tahun 1935 untuk mengatasi masalah-masalah pengangguran, manula, orang-orang sakit dan anak-anak akibat depresi ekonomi. Meskipun penyelenggaraan jaminan sosial di negara-negara maju belakangan ini mengalami perubahan, pada dasarnya penyelenggaraan jaminan sosial di sana dipahami sebagai bentuk nyata perlindungan negara terhadap rakyatnya.⁵

Lebih lanjut Mudiono menyatakan bahwa negara menjalankan fungsi pelindungan kepada warga negara yang lemah melalui pemberian dukungan finansial, tepatnya santunan. Mereka dianggap "berhak" untuk mendapatkan santunan ini karena mekanisme pasar gagal dalam menyediakan sumber-sumber pendapatan seperti lapangan kerja yang langka. Di samping itu, santunan juga diberikan kepada kelompok lemah yang lain, meskipun kelemahan mereka bukan disebabkan oleh

⁴ Loc. cit.

⁵ Mudiono, "Jaminan Sosial di Indonesia: Relevansi Pendekatan Informal", *Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik* 6 (1), Jakarta, 2002, hlm. 67.

kegagalan pasar. Yang masuk dalam kategori ini adalah mereka yang karena kondisi fisiknya (cacat, sakit, hamil) tidak mampu memperoleh pendapatan sebagaimana telah disediakan pasar.⁶

Secara yuridis formal, keharusan untuk memberikan jaminan sosial adalah hal bersifat universal. *Universal Declaration of Human Rights* Pasal 25 secara eksplisit menetapkan bahwa setiap warga negara berhak mendapat perlindungan jika mencapai hari tua, sakit, cacat, menganggur dan meninggal dunia.⁷ Norma ini telah lama dijalankan oleh negara-negara industri maju, dan semakin hari semakin banyak negara berkembang yang mengembangkan sistem pada level nasional untuk memastikan tegaknya jaminan sosial bagi mereka yang semestinya berhak untuk mendapatkannya.

Pengembangan jaminan sosial pada dasarnya dilaksanakan sejalan dengan prinsip negara kesejahteraan (*welfare state*) yang berkembang luas di negara-negara Eropa Barat, Amerika Serikat, Australia dan Selandia Baru. Sistem ini diterapkan sebagai sebuah alternatif mengatasi kemiskinan dan ketimpangan sosial multidimensional akibat krisis ekonomi yang ditimbulkan oleh sistem kapitalisme pasar.⁸

Meskipun secara formal Indonesia bukan negara kesejahteraan, secara konstitusional masyarakat dijamin kesejahteraannya. Sila keadilan sosial dan alinea keempat Pembukaan UUD Negara RI Tahun 1945 antara lain menyatakan bahwa salah satu tujuan negara Indonesia adalah "untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum." Penjabaran lebih lanjut dalam Amandemen UUD Negara RI Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (3) menyatakan "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat."

UU SJSN ditetapkan dengan pertimbangan utama untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui SJSN, setiap orang dimungkinkan untuk mengembangkan diri secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Agar hak setiap orang atas jaminan sosial sebagaimana amanat konstitusi dapat terwujud, maka program jaminan sosial ditetapkan melalui UU SJSN sebagai program yang bersifat wajib yang mencakup seluruh penduduk yang pencapaiannya dilakukan secara bertahap. Seluruh rakyat wajib menjadi peserta tanpa kecuali.⁹

⁶ *Loc. cit.*

⁷ Universal Declaration of Human Rights, 1948. U.N. Doc. a/810 at 71.

⁸ Mudiono, *op. cit.* hlm. 69.

⁹ Kemko Kesra, *loc. cit.*

Jaminan sosial sangat penting bagi pekerja, keluarganya dan masyarakat secara keseluruhan. Jaminan sosial merupakan hak asasi dan menjadi alat penting untuk membentuk kohesi sosial, sehingga membantu terwujudnya perdamaian dan kesatuan sosial. Jaminan sosial juga merupakan bagian yang tak terpisahkan dari kebijakan sosial suatu pemerintahan dan juga menjadi alat penting untuk mencegah dan mengurangi kemiskinan. Melalui solidaritas dan pembagian beban yang adil, jaminan sosial memberi kontribusi pada martabat manusia, persamaan hak dan keadilan sosial. Jaminan sosial merupakan unsur penting dalam pemberdayaan dan perkembangan demokrasi serta memastikan orang tidak tersisih secara politik.¹⁰

Apabila dikelola dengan baik, jaminan sosial meningkatkan produktivitas dengan memberikan pelayanan kesehatan, jaminan pendapatan dan layanan sosial. Mengingat bahwa perekonomian yang terus berkembang dan kebijakan aktif mengenai pasar perburuhan, jaminan sosial merupakan alat bagi pembangunan sosial dan ekonomi yang berkelanjutan. Jaminan sosial memfasilitasi perubahan struktural dan teknologi yang membutuhkan angkatan kerja yang mudah beradaptasi dan berpindah lokasi. Walaupun jaminan sosial merupakan tambahan beban bagi perusahaan, ia merupakan investasi atas, atau dukungan bagi, masyarakat. Dengan adanya globalisasi dan kebijakan perubahan struktural, jaminan sosial semakin diperlukan.¹¹

Tidak ada model jaminan sosial tertentu yang selalu tepat. Model jaminan sosial berkembang seiring dengan waktu. Ada beberapa skema bantuan sosial, skema universal, asuransi sosial dan pemberian pemerintah maupun swasta. Negara berperan penting dalam memfasilitasi, mempromosikan dan memperluas cakupan jaminan sosial. Setiap sistem yang diberlakukan harus sesuai dengan beberapa prinsip dasar. Yang penting di antaranya adalah manfaat yang diterima harus terjamin dan tidak diskriminatif, skema yang berlaku dikelola secara bijak dan transparan, dengan biaya administratif yang seminim mungkin, dan peran besar bagi mitra-mitra sosial. Keberhasilan sistem jaminan sosial bergantung pada kepercayaan masyarakat. Tata kelola pemerintahan yang baik adalah kunci agar kepercayaan tersebut terwujud.¹²

¹⁰ Organisasi Perburuhan Internasional, *Jaminan Sosial: Konsensus Baru* (Jakarta: Kantor Perburuhan Internasional, 2008), hlm. 7.

¹¹ *Loc. cit.*

¹² *Ibid.* hlm. 8.

SJSN, sebagaimana ditetapkan dalam penjelasan UU SJSN, adalah program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.

UU SJSN dibentuk untuk menyinkronisasikan penyelenggaraan program-program jaminan sosial yang diselenggarakan oleh beberapa badan penyelenggara agar mampu memberikan manfaat yang lebih baik kepada seluruh peserta. Substansi UU SJSN mengatur kepesertaan, besaran iuran dan manfaat, mekanisme penyelenggaraan dan kelembagaan jaminan sosial yang berlaku sama di seluruh wilayah Indonesia.

B. Kualitas Kesehatan Masyarakat Perkotaan

Masyarakat menunjukkan pada sekumpulan manusia yang sudah lama hidup bersama dan menciptakan berbagai nilai dan norma untuk mengatur kehidupannya. Istilah masyarakat berasal dari bahasa Arab, yaitu *syaraka* yang artinya ikut serta atau berpartisipasi. Dalam bahasa Inggris masyarakat adalah *society* dengan asal kata *socius* yang berarti kawan.¹³ Masyarakat mempunyai pengertian yang mencakup interaksi sosial, perubahan sosial dan rasa kebersamaan.

Menurut Betrand dalam Wisadirana, masyarakat merupakan hasil dari suatu periode perubahan budaya dan akumulasi budaya.¹⁴ Mac Iver dan Page seperti dikutip Soekanto mendefinisikan masyarakat sebagai suatu sistem dari kebiasaan dan tata cara, dari wewenang dan kerja sama antara berbagai kelompok dan penggolongan dan pengawasan tingkah laku serta kebebasan-kebebasan manusia. Masyarakat merupakan jalinan hubungan sosial dan masyarakat selalu berubah.¹⁵ Soekanto juga mengutip Linton yang mendefinisikan masyarakat sebagai setiap kelompok manusia yang telah hidup dan bekerja sama cukup

¹³ Departemen Pendidikan Nasional, *Kamus Besar Bahasa Indonesia* (Jakarta: Balai Pustaka, 2002), hlm. 629.

¹⁴ D. Wisadirana, *Sosiologi Pedesaan: Kajian Kultural dan Struktural Masyarakat Pedesaan* (Malang: UMM Press, 2004), hlm. 23.

¹⁵ S. Soekanto, *Sosiologi, Suatu Pengantar*, Edisi Baru Kesatu (Jakarta: CV Rajawali, 1982), hlm. 22.

lama sehingga mereka dapat mengatur diri mereka dan menganggap diri mereka sebagai suatu kesatuan sosial dengan batas-batas yang dirumuskan dengan jelas. Semantara Soemardjan mendefinisikan masyarakat sebagai orang-orang yang hidup bersama yang menghasilkan kebudayaan.¹⁶

Istilah kawasan perkotaan dikemukakan dalam UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Permendagri No. 1 Tahun 2008 tentang Pedoman Perencanaan Kawasan Perkotaan. UU Pemerintahan Daerah menyebutkan bahwa kawasan perkotaan dapat berbentuk kota sebagai daerah otonom, bagian dari daerah kabupaten yang memiliki ciri perkotaan, dan bagian dari dua atau lebih daerah yang berbatasan langsung dan memiliki ciri perkotaan.¹⁷

Secara lebih teknis Pedoman Perencanaan Kawasan Perkotaan menetapkan bahwa wilayah perkotaan adalah wilayah yang mempunyai kegiatan utama bukan pertanian dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat pemukiman perkotaan, pemasaran dan distribusi pelayanan jasa pemerintahan, pelayanan sosial, dan kegiatan ekonomi.¹⁸

Pada tahun 2008, terjadi fenomena di mana penduduk perkotaan telah melewati angka 50 persen dari seluruh penduduk di dunia.¹⁹ Berdasarkan data pada tahun 2011, Amerika Utara menempati urutan pertama persentase penduduk perkotaan tertinggi di seluruh dunia, diikuti oleh Amerika Latin dan Karibia.²⁰ Namun berdasarkan jumlah penduduk, walaupun persentase perkotaannya tidak tinggi, kontribusi Asia sangat besar di tingkat global sebagai penyumbang penduduk perkotaan terbanyak di dunia, diikuti oleh Afrika.²¹ Di Asia sendiri, Indonesia menempati urutan ketiga dengan jumlah penduduk perkotaan terbanyak di bawah China (47 persen) dan India (30 persen), dengan jumlah 106,2 juta penduduk atau sekitar 44 persen dari total penduduk dunia.²² Di negara di Asia seperti India, China, dan Indonesia, persentase penduduk perkotaannya masih di bawah 50 persen, tetapi jumlah penduduk perkotaannya sangat besar.

¹⁶ *Loc. cit.*

¹⁷ Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Bab X.

¹⁸ Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 1 Tahun 2008 tentang Pedoman Perencanaan Kawasan Perkotaan, Pasal 1.

¹⁹ C. Surjadi, S. Surja, *Kesehatan Perkotaan di Indonesia* (Jakarta: Atma Jaya, 2013), hlm. 1.

²⁰ United Nations Population Fund, *State of World Population 2011* (New York: UNFPA, 2011), hlm. 83.

²¹ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2012* (New York: UNICEF, New York, 2012), hlm. 9.

²² *Ibid.* hlm. vii.

Setelah melihat kuantitas dalam skala global, maka untuk kualitas dalam lingkup nasional, Indeks Pembangunan Manusia Indonesia yang dilaporkan oleh BPS memperlihatkan adanya kemajuan dalam pembangunan manusia di provinsi DKI Jakarta dari tahun ke tahun. Dalam kurun waktu lima tahun pada data terakhir, telah terjadi peningkatan indeks dari 76,59 pada tahun 2006 menjadi 77,97 pada tahun 2011. Angka indeks tersebut merupakan angka tertinggi diikuti beberapa provinsi lain yaitu Sulawesi Utara, Riau, Yogyakarta, dan Kalimantan Timur berturut-turut.²³

Tabel 1.
Indikator Kesehatan 2007–2011 (Persentase)

No.	Indikator Kesehatan	2007	2008	2009	2010	2011
1	Penduduk yang mengalami keluhan kesehatan sebulan yang lalu	30.90	33.24	33,68	30,97	29.31
2	Persalinan ditolong tenaga kesehatan (dokter, bidan dan tenaga medis)	72.53	74.86	77,34	79,82	81.25
3	Balita yang pernah mendapat imunisasi BCG	89.40	90	91,89	92,73	94.85
4	Balita yang pernah mendapat imunisasi DPT	86.44	86.09	89,05	89,79	89.07
5	Balita yang pernah mendapat imunisasi Polio	89.67	87.25	89,88	90,56	89.34
6	Balita yang pernah mendapat imunisasi Campak	75.9	75.47	77,23	77,67	76.88
7	Rata-rata lama (bulan) anak 2–4 tahun mendapat ASI				20	20
8	Rata-rata anak 2–4 tahun yang disusui dengan makanan tambahan (bulan)				16	15
9	Rata-rata anak 2–4 tahun yang disusui tanpa makanan tambahan (bulan)				4	5
10	Penduduk yang mengobati sendiri	65.01	65.59	68,41	68,71	66.82
11	Penduduk yang menggunakan obat tradisional	28.12	22.26	24,24	27,58	23.63
12	Penduduk yang berobat jalan sebulan yang lalu	44.14	44.37	44,74	43,99	45,80
13	Penduduk yang rawat inap setahun terakhir				2,35	2,51
						2,1

Sumber: BPS, 2012.

Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2010 adalah sebanyak 237,641,326 jiwa, yang tersebar terutama di Pulau Jawa dan Pulau Sumatera.²⁴ Beberapa data kesehatan yang dikumpulkan BPS

²³ Badan Pusat Statistik, "Indeks Pembangunan Manusia Provinsi dan Nasional, 1996 – 2011," www.bps.go.id, diakses 12 Juli 2013.

²⁴ Badan Pusat Statistik, "Penduduk Indonesia menurut Provinsi 1971, 1980, 1990, 1995, 2000 dan 2010," www.bps.go.id, diakses 12 Juli 2013.

memperlihatkan adanya keterkaitan dengan status kesehatan dan akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan. Kualitas kesehatan masyarakat tentunya dipengaruhi oleh ketersediaan layanan kesehatan dibandingkan dengan jumlah penduduk. Tabel 1 memperlihatkan indikator kesehatan Indonesia dari tahun 2007 sampai dengan 2011 berdasarkan data BPS.²⁵

Tabel 2.
Jumlah Instalasi Kesehatan di Jakarta 2007–2011

Keterangan	2007	2008	2009	2010
Rumah Sakit Umum	76	77	81	83
Rumah Sakit Khusus	55	54	55	62
Rumah Sakit Pemerintah	14	17	17	19
Rumah Sakit TNI	10	9	9	10
Rumah Sakit Swasta	107	105	110	116
Rumah Bersalin	144	109	104	64
Puskesmas Kecamatan	44	44	44	44
Puskesmas Kelurahan	297	295	295	295
Balai Pengobatan Umum	606	606	779	779
Balai Pengobatan Gigi	73	73	125	113
Laboratorium	148	158	175	170
Apotik	1.497	1.508	1.508	1.524
Penduduk Miskin	405,70	342,50	339,60	388,20

Sumber: BPS, 2012.

Kota Jakarta dalam periode 2002–2006 terus mengalami peningkatan jumlah penduduk walaupun pertumbuhannya mengalami penurunan. Tahun 2002 jumlah penduduk sekitar 8,50 juta jiwa, tahun 2006 meningkat menjadi 8,96 juta jiwa, dan dalam lima tahun berikutnya jumlahnya sempat diperkirakan mencapai 9,1 juta orang. Kepadatan penduduk pada tahun 2002 mencapai 12.664 penduduk per km², tahun 2006 mencapai 13.545 penduduk per km² dan diperkirakan dalam lima tahun ke depan mencapai 13.756 penduduk per km².²⁶

²⁵ Badan Pusat Statistik, "Indikator Kesehatan 1995–2011," www.bps.go.id, diakses 12 Juli 2013.

²⁶ "Demografi Jakarta," 13 Juli 2009, <http://www.jakarta.go.id/web/news/2008/01/Demografi-Jakarta>, diakses 12 Juli 2013.

Laju pertumbuhan penduduk pada periode tahun 1980-1990 sebesar 2,42 persen per tahun, menurun pada periode 1990-2000 dengan laju 0,16 persen. Pada periode 2000-2005, laju pertumbuhan penduduk sebesar 1,06 persen per tahun.

Sepanjang periode 2002-2006 angka kematian bayi turun secara signifikan, yaitu dari 19,0 per 1.000 kelahiran hidup tahun 2002 menjadi 13,7 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2006. Dengan penurunan angka kelahiran total dari 1,56 pada tahun 2000 menjadi 1,53 pada tahun 2006, maka terlihat faktor dominan yang memengaruhi pertambahan jumlah penduduk adalah turunnya angka kematian bayi di samping migrasi dalam jumlah yang cukup besar karena pengaruh daya tarik Kota Jakarta sebagai pusat administrasi pemerintahan, ekonomi, keuangan, dan bisnis.²⁷

Dilihat dari struktur umur, penduduk Jakarta sudah mengarah ke "penduduk tua", artinya proporsi "penduduk muda" yaitu yang berumur 0-14 tahun sudah mulai menurun. Bila pada tahun 1990, proporsi penduduk muda masih sebesar 31,9 persen, maka pada tahun 2006 proporsi ini menurun menjadi 23,8 persen. Sepanjang tahun 2002-2006, proporsi penduduk umur muda tersebut relatif stabil, yaitu sekitar 23,8 persen. Sebaliknya proporsi penduduk usia lanjut (65 tahun ke atas) naik dari 1,5 persen pada tahun 1990, menjadi 2,2 persen pada tahun 2000. Tahun 2006, proporsi penduduk usia lanjut mengalami kenaikan menjadi 3,23 persen. Kenaikan penduduk lansia mencerminkan adanya kenaikan rata-rata usia harapan hidup, yaitu dari 72,79 tahun pada tahun 2002 menjadi 74,14 tahun pada tahun 2006.²⁸

Struktur penduduk yang sudah memasuki tahap penduduk lanjut usia (*ageing population*) mengharuskan perlunya dilaksanakan sistem jaminan sosial (yang termasuk di dalamnya jaminan kesehatan). Jika proporsi penduduk lanjut usia sudah makin besar maka biaya yang diperlukan untuk biaya pelayanan kesehatan juga makin besar. Kendala yang dihadapi akan makin besar. Jika jaminan kesehatan dengan skema asuransi sosial sudah berjalan maka kendala tersebut akan lebih mudah diatasi.

Pengalaman di berbagai negara maju menunjukkan bahwa semakin besar porsi lansia di suatu negara, semakin besar biaya kesehatan yang dibutuhkan. Sebab pola penyakit untuk penduduk lansia adalah diwarnai penyakit-penyakit kronik/katastropik yang berbiaya mahal dan dapat memiskinkan rumah tangga. Jika sistem jaminan

²⁷ Ibid.

²⁸ Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2008 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2007-2012.

kesehatan belum terbangun ketika proporsi penduduk lansia sudah besar maka kebanyakan penduduk lansia tidak mampu mengobati dirinya.²⁹

Selain itu, tingkat pengetahuan masyarakat terhadap suatu penyakit yang tergolong rendah menjadi salah satu penyebab rendahnya kualitas kesehatan masyarakat. Masyarakat dengan tingkat ekonomi yang rendah cenderung tidak peduli dan menganggap biasa terhadap permasalahan kesehatan. Padahal, pola hidup yang tidak sehat membuat masyarakat tingkat menengah ke bawah menjadi lebih rentan terhadap penyakit.

C. Program Kesehatan untuk Masyarakat Perkotaan Indonesia

Wieczorek-Zeul seperti dikutip oleh Suharto berpendapat bahwa jaminan kesehatan merupakan sistem yang telah berdiri sejak lama dan sangat diperlukan oleh masyarakat. Jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam penanggulangan kemiskinan. Jaminan kesehatan telah diakui sebagai satu strategi kebijakan sosial yang penting dalam menopang industri dan pertumbuhan ekonomi, bukan saja di negara-negara maju seperti Amerika Serikat dan Eropa Barat, melainkan pula di negara-negara industri baru seperti Singapura, China, India, dan Brasil. Sebagai contoh, beberapa kotamadya di China telah meretas sistem jaminan kesehatan dan Brasil telah mulai menciptakan sistem asuransi kesehatan yang seragam dan terstandar.³⁰

Kesehatan merupakan salah satu urusan wajib pemerintahan yang prioritas utama pembangunan masyarakat perkotaan. Salah satu prinsip dasar pembangunan kesehatan, antara lain bahwa semua warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal, agar dapat bekerja produktif dan hidup layak dan bermartabat. Selanjutnya dinyatakan bahwa Pemerintah dan Masyarakat bersama-sama bertanggung jawab dalam upaya memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan masyarakat tersebut.

²⁹ Kemko Kesra, *op. cit.* hlm. 14.

³⁰ E. Suharto, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan* (Bandung: Alfabeta, 2009), hlm. 59.

Di Kementerian Kesehatan terdapat tiga direktorat yang mempunyai program kesehatan kota, yaitu Direktorat Penyehatan Lingkungan, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar, dan Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga.³¹ Dari ketiga direktorat ini, yang paling berhubungan secara langsung dengan pembangunan kesehatan perkotaan adalah Direktorat Penyehatan Lingkungan dan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar.

1. Program Kesehatan Kota Direktorat Penyehatan Lingkungan

Secara garis besar dapat disampaikan bahwa Direktorat Penyehatan Lingkungan menjalankan kegiatan di perkotaan melalui dua hal, yaitu *pertama*, model klinik sanitasi yang akan dikembangkan untuk masalah lingkungan lain seperti sampah dan air minum, dan *kedua*, program kota sehat.³²

Model klinik sanitasi adalah salah satu upaya yang dikembangkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya promotif, preventif, dan kuratif yang dilakukan secara terpadu, terarah, dan terus-menerus.

Kegiatan klinik sanitasi dilaksanakan di dalam dan di luar gedung Puskesmas. Kedua kegiatan harus dilaksanakan secara keseluruhan dalam rangka melakukan penyelesaian masalah kesehatan terkait lingkungan.³³

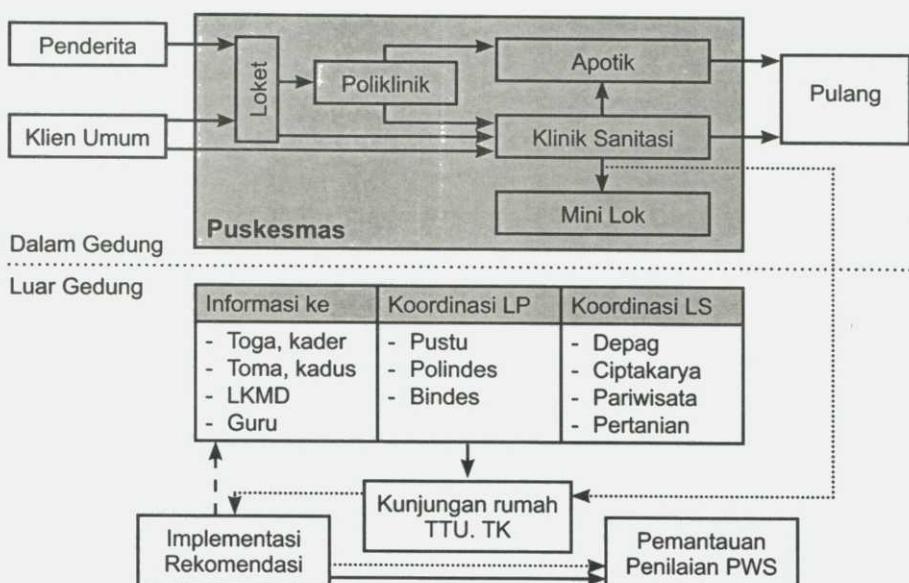
Di dalam gedung Puskesmas, pasien datang berkunjung adalah pasien yang menderita penyakit yang berhubungan erat dengan faktor lingkungan. Di ruang petugas klinik sanitasi, petugas sanitasi melakukan wawancara atau memberikan konseling untuk mengetahui dan membantu menemukan permasalahan lingkungan dan perilaku yang diduga berkaitan erat dengan kejadian penyakit atau masalah yang dialami pasien. Kemudian petugas sanitasi akan memberikan saran sesuai dengan kondisi pasien. Setelah memberikan saran tindak lanjut, petugas sanitasi membuat kesepakatan waktu dengan pasien untuk melakukan kunjungan rumah/lapangan.

³¹ Surjadi, *op. cit.* hlm. 67.

³² D. Wati, "Pelaksanaan Kegiatan Penyehatan Lingkungan di Puskesmas," Makalah Pertemuan Balai Besar Pelatihan Kesehatan Jakarta, 2012.

³³ Departemen Kesehatan, *Standar Prosedur Operasional Klinik Sanitasi untuk Puskesmas* (Jakarta: Depkes Dirjen P2MPL, 2002).

Gambar 1.
Alur Kegiatan Klinik Sanitasi



Sumber: Moh. Ichsan Sudjarno, Sanitasi Surveilans, 2013.

Di luar gedung Puskesmas dilakukan kegiatan kunjungan untuk memastikan bahwa memang benar faktor lingkungan atau perilaku terkait erat dengan penyakit yang terjadi. Dalam melakukan kunjungan rumah, terlebih dahulu harus dilakukan pemberitahuan kepada perangkat kelurahan atau tokoh masyarakat setempat, serta mengikutsertakan kader kesehatan lingkungan dan petugas kesehatan di kelurahan.

Program Kota Sehat adalah program hasil kerja sama berdasarkan Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat yang mendorong kondisi kota yang bersih, indah, aman, dan nyaman serta sehat untuk dihuni warganya.³⁴ Hal ini dicapai melalui konsep penyelenggaraan kota sehat yakni warga dapat hidup sehat sejahtera dengan keseimbangan ekosistem di dalamnya. Program ini mengembangkan perbaikan lingkungan melalui Forum Kota Sehat, yang memiliki fungsi pemberdayaan masyarakat melalui pemberdayaan

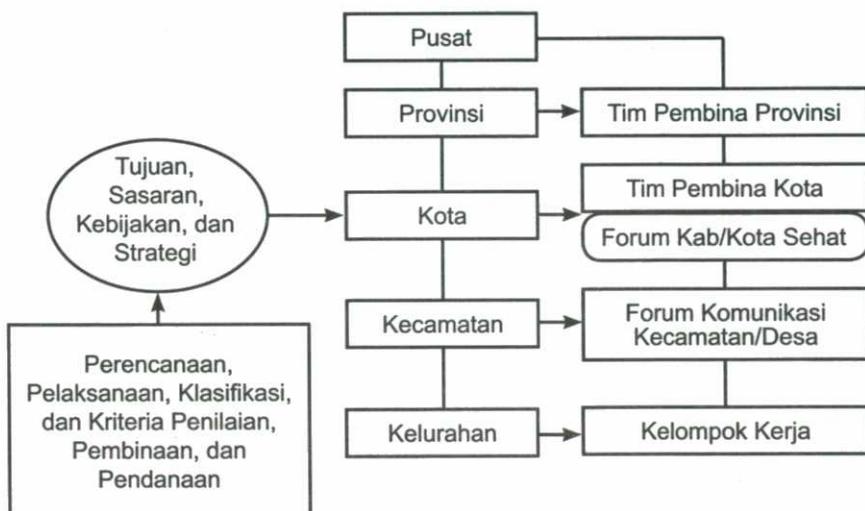
³⁴ Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2005 Nomor: 1138/MENKES/PB/VIII/2005, tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat, Pasal 1.

Forum Kota Sehat dan pembentukan kelompok kerja dalam upaya pemberdayaan peningkatan pemukiman kota yang mencakup sembilan tatanan perkotaan.³⁵

Secara ideal, konsep yang dikembangkan oleh WHO ini diharapkan menjadi gerakan kota-kota untuk pembangunan kesehatan melalui upaya masing-masing kota dalam meningkatkan kesehatan kotanya dan gerakan bersama kota-kota melalui jejaring kota sehat. Dukungan regional dan global terhadap gerakan ini dilakukan oleh lembaga internasional seperti WHO, UN Habitat, dan organisasi internasional lainnya.³⁶ Selain itu, dukungan juga diberikan oleh organisasi nonprofit internasional untuk pengembangan kota sehat yaitu *Healthy City Foundation*³⁷ yang merupakan lembaga kembar dari *The Healthy Communities Institute*.³⁸

Dalam melaksanakan kota sehat, langkah-langkah kegiatan yang harus dilalui diperlihatkan dalam Gambar 2.

Gambar 2.
Kelembagaan Kota Sehat



Sumber: Dit PL Depkes, 2009.

³⁵ *Ibid*, Pasal 2.

³⁶ "Healthy Settings," http://www.who.int/healthy_settings/en/, diakses 12 Juli 2013.

³⁷ "The International Healthy Cities Foundation," <http://www.healthycommunitiesinstitute.com/international-foundation/>, diakses 12 Juli 2013.

³⁸ "The Healthy Communities Institute," <http://www.healthycommunitiesinstitute.com/about-us/>, diakses 12 Juli 2013.

Kemenkes menggunakan konsep WHO dalam mengembangkan konsep tatanan sebagai tempat penduduk kota hidup, bekerja, dan beraktivitas. Untuk menciptakan kota yang sehat, manajemennya didasarkan pada sembilan tatanan pengembangan lingkungan sehat. Kesembilan tatanan kota tersebut adalah:

1. Kawasan pemukiman, serta sarana dan prasarana umum seperti terminal, pusat perdagangan, dll.
2. Kawasan sarana lalu lintas tertib dan pelayanan transportasi.
3. Kawasan pertambangan sehat.
4. Kawasan hutan sehat.
5. Kawasan industri dan perkantoran sehat.
6. Kawasan pariwisata sehat.
7. Ketahanan pangan dan gizi.
8. Kawasan masyarakat yang mandiri.
9. Kehidupan sosial yang sehat.

Setiap dua tahun sekali, direktorat ini melakukan pemberian penghargaan atas kota sehat yang memenuhi kriteria. Penghargaan ini dinamakan penghargaan Swasti Saba, yang dibagi menjadi tiga kategori, yaitu penghargaan Padapa (taraf pemantapan), Penghargaan Wiwerda (taraf pembinaan), dan Penghargaan Wistara (taraf pengembangan).³⁹

2. Program Kesehatan Kota Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar

Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar mengembangkan Revitalisasi Kebijakan Dasar Puskesmas dalam upaya mengembalikan/mengembangkan kembali fungsi Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan dan pembangunan kesehatan di wilayahnya. Selain itu, lebih khusus Direktorat ini juga mengembangkan konsep Puskesmas khusus perkotaan. Puskesmas perkotaan harus tetap berkoordinasi dan bekerja sama dengan pemberi pelayanan kesehatan lainnya yang ada di wilayah kerjanya. Khusus untuk Puskesmas Rawat Inap di perkotaan harus memperhatikan kecepatan penyelamatan nyawa, jejaring sistem rujukan, dan jejaring pembinaan Puskesmas perawatan.

³⁹ Peraturan Bersama Menteri ... *op. cit.* Lampiran 1.

3. Program Kesehatan Kota Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga

Upaya kesehatan perkotaan merupakan pendekatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di wilayah perkotaan yang disesuaikan dengan karakteristik dan kebutuhan masing-masing lapisan masyarakat. Pelayanan kesehatan perkotaan ini terdiri dari upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang terintegrasi antara pelayanan dasar dan pelayanan rujukan, baik yang dilakukan oleh pemerintah maupun swasta di wilayah perkotaan.

Sangat disayangkan, berbagai program kesehatan ini kurang dapat mengatasi berbagai permasalahan kesehatan perkotaan yang kompleks. Permasalahan tersebut menurut Surjadi dan Surja⁴⁰ dapat dikelompokkan menjadi:

1. masalah kesehatan karena kemiskinan;
2. masalah kesehatan yang berkaitan dengan industrialisasi termasuk pariwisata dan industrialisasi makanan dan perilaku;
3. masalah kesehatan yang berkaitan dengan keadaan psikososial keluarga dan individu; dan
4. masalah kesehatan pada kelompok marginal tertentu seperti anak jalanan, pekerja sektor informal, pekerja seks komersial, petugas kebersihan kota, dll.

Oleh karena itu memang sudah saatnya masyarakat perkotaan mendapatkan jaminan kesehatan guna mengatasi permasalahan kompleks yang dihadapinya.

D. Jaminan Kesehatan untuk Warga Jakarta

Setelah program desentralisasi administrasi 2001, pemerintah pusat menetapkan sejumlah kabupaten sebagai daerah uji coba pelaksanaan skema pembiayaan kesehatan berbasis lokal yang didasarkan atas prinsip-prinsip jaminan kesehatan. Sejak ditetapkannya UU SJSN, Pemerintah menyelenggarakan jaminan kesehatan untuk penduduk miskin dan tidak mampu melalui program yang kini dikenal dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).⁴¹ Program

⁴⁰ Surjadi, *op. cit.* hlm. 83-87.

⁴¹ Program jaminan untuk penduduk miskin sudah dimulai dengan nama PJKMM (Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin) diubah menjadi Askeskin (Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin), kemudian diubah menjadi Jamkesmas dan pengelolaannya berpindah dari PT Askes ke Kementerian Kesehatan.

Jamkesmas telah meningkatkan kepesertaan jaminan kesehatan secara signifikan. Jumlah penduduk Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan meningkat sebanyak 76,4 juta orang dalam waktu tiga tahun (2005-2007).

Dengan adanya Program Jamkesmas dan persepsi Keputusan Mahkamah Konstitusi atas Perkara Nomor 007/PUU-III/2005, berbagai Pemerintah Daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) menyelenggarakan program serupa yang dikenal dengan nama Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah). Pengelolaan program Jamkesda juga menggunakan skema bantuan sosial, di mana dana penyelenggaraan Jamkesda sepenuhnya berasal dari APBD. Namun perlu dicatat bahwa Ketetapan Mahkamah Konstitusi di atas mengatur BPJS di Daerah, bukan program Jamkesda, yang tidak selalu dikelola oleh BPJS di Daerah.⁴²

Berdasarkan hasil analisis data bidang jaminan kesehatan tahun 2010 yang dipublikasikan oleh Kementerian Kesehatan, seperti dikutip Kemko Kesra, diketahui bahwa sebagian besar program Jamkesda menjamin penduduk tidak mampu yang tidak tercakup dalam kuota program Jamkesmas. Hanya beberapa daerah saja yang menjamin seluruh penduduk di daerah tersebut. Jumlah penduduk yang tercakup dalam skema Jamkesda/PJKMU (nama Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Umum – PJKMU – digunakan oleh PT Askes yang dikontrak Pemda untuk menjalankan program Jamkesda) diperkirakan mencapai 31,6 juta jiwa. Saat ini diperkirakan setidaknya 350 Kabupaten/Kota menyelenggarakan program jaminan kesehatan daerah (dengan berbagai variasi nama, layanan yang dijamin, besar dana APBD per kapita, dan pola pengelolaannya).⁴³

Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta mengembangkan suatu sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin yang disingkat menjadi sistem JPK-Gakin yang dibiayai oleh Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta. JPK-Gakin adalah skema biaya kesehatan yang diperoleh kaum miskin untuk mengakses layanan kesehatan di fasilitas-fasilitas umum, termasuk layanan kesehatan dasar dan menengah. Dengan menerapkan prinsip-prinsip jaminan kesehatan, masalah beban administrasi puskesmas dapat terpecahkan dan kendali

⁴² Kemko Kesra, *op. cit.* hlm. 46.

⁴³ *Loc. cit.*

biaya dapat dimungkinkan. Proyek JPK-Gakin dimulai di 15 kabupaten dan di dua provinsi di Indonesia, dan diperluas ke daerah-daerah lainnya pada tahun berikutnya.⁴⁴

Program JPK-Gakin DKI Jakarta merupakan Program Prioritas dan masuk ke dalam *Dedicated Program*, yang dijabarkan secara operasional dalam Rencana Pembangunan Tahunan Daerah (REPETADA).⁴⁵ Sistem JPK-Gakin merupakan suatu sistem jaminan kesehatan yang menggunakan pendekatan konsep "Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat" (JPKM) atau dikenal dengan "Asuransi kesehatan dengan biaya terkendali" (*Managed Health Care*) dengan pelayanan yang efektif melalui pelayanan kesehatan yang berjenjang dan Tinjauan Pemanfaatan Kesehatan (*Utilization Review*).⁴⁶

Sistem jaminan kesehatan ini telah dilaksanakan oleh Pemprov DKI Jakarta melalui uji coba pada tahun 2002 dengan mengembangkan desain sistem, tahun 2003 mengembangkan sistem pelayanan dan pembiayaan, tahun 2004 mengembangkan sistem kepesertaan dan pembiayaan, tahun 2005 tahap finalisasi kepesertaan dan pelayanan, tahun 2006 finalisasi sistem pembiayaan.

Pada tahun 2012, seiring dengan pergantian pucuk kepemimpinan di Propinsi DKI Jakarta, Pemerintah Daerah Provinsi mengembangkan suatu sistem pelayanan kesehatan melalui Kartu Jakarta Sehat (KJS). Tepat pada hari pahlawan tanggal 10 November 2012, Gubernur DKI Jakarta meluncurkan KJS dan mulai dibagikan kepada penduduk Jakarta. Pada saat itu, walau disebutkan sebagai uji coba, tetapi kartu tersebut sudah dapat digunakan untuk berobat gratis di Puskesmas.⁴⁷

Peserta KJS adalah warga DKI Jakarta, dibuktikan dengan KTP/KK, diutamakan yang miskin dan kurang mampu. Mekanisme pendaftarannya adalah dengan secara aktif mendaftar ke Puskesmas terdekat, atau jika sebelumnya telah mempunyai Kartu JPK-Gakin atau Kartu Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), maka kartu-kartu tersebut dapat juga digunakan.

⁴⁴ Terdapat lebih dari 400 kabupaten/kota di Indonesia. Dengan demikian, pada awalnya hanya terdapat beberapa proyek uji coba untuk program ini. Pada 2004, program telah diperluas ke 25 kabupaten dan empat provinsi yang menyediakan skema program jaminan kesehatan.

⁴⁵ "Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) DKI Jakarta," <http://www.jamkesdadki.com>, diakses 12 Juli 2013.

⁴⁶ *Loc. cit.*

⁴⁷ "Kartu Jakarta Sehat: Masyarakat Harus Paham, Pemda Harus Siap," <http://health.kompas.com/read/2012/11/12/05380275/>, diakses 9 Juli 2013.

Pelayanan harus dimulai dari pelayanan primer dalam hal ini di Puskesmas. Pelayanan di RSUD atau RS swasta yang ikut kerja sama ini harus berdasarkan rujukan dari pelayanan kesehatan primer. Kecuali untuk pelayanan kegawatdaruratan, pemegang KJS dapat datang langsung ke RSUD. Ke depan juga sedang dipersiapkan nantinya beberapa Puskesmas Kecamatan yang ada akan dipersiapkan menjadi Puskemas dengan rawat inap.

Gambar 3.
Alur Pelayanan dan Rujukan KJS



Manfaat yang diberikan KJS adalah:

1. Rawat Jalan diseluruh Puskesmas Kecamatan/Kelurahan di Provinsi DKI Jakarta,
2. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) tingkat II, yaitu di RSUD, RS vertikal dan RS Swasta yang bekerja sama dengan UP Jamkesda dengan rujukan dari Puskesmas, dan
3. Rawat Inap di Puskesmas dan Rumah Sakit yang bekerja sama dengan UP Jamkesda di kelas III.

Jika dibandingkan seperti terlihat dalam Tabel 3, maka terjadi penambahan jumlah rumah sakit yang ikut serta dalam program KJS.

Tabel 3.
Rumah Sakit Peserta Program Jaminan Kesehatan

JPK-Gakin	KJS
Jakarta Pusat	
Rumah Sakit Umum	
RS Cipto Mangunkusumo	RS Cipto Mangunkusumo
RSAL Mintoarjo	RSAL Mintoarjo

JPK-Gakin	KJS
	RS Royal Progress
	RS Puri Medika
Rumah Sakit Khusus	
RSPI Prof Sulianti Saroso	RSPI Prof Sulianti Saroso
RSIA Hermina Podomoro	RSIA Hermina Podomoro
	RS Mulyasari
	AGD DKI
	Klinik Hemodialisa Lions
Jakarta Barat	
Rumah Sakit Umum	
RS Pelni	RS Pelni
	RS Puri Mandiri Kedoya
RS Sumber Waras	RS Sumber Waras
	RS Bhakti Mulia
RS Patria IKKT	RS Patria IKKT
RS Manuella	RS Manuella
RS Medika Permata Hijau	RS Medika Permata Hijau
RSUD Cengkareng	RSUD Cengkareng
	RSKB Cinta Kasih Tzu Chi
RS Graha Medika	
Rumah Sakit Khusus	
RS Jiwa Soeharto Herdjan	RSJ Jakarta
RS Kanker Dharmais	RS Kanker Dharmais
RSAB Harapan Kita	RSAB Harapan Kita
RS Jantung Harapan Kita	RS Jantung Harapan Kita
RSIA Hermina Daan Mogot	RSIA Hermina Daan Mogot
Jakarta Selatan	
Rumah Sakit Umum	
RS Fatmawati	RS Fatmawati
RS Marinir Cilandak	RS Marinir Cilandak
RS Pusat Pertamina	RS Pusat Pertamina
RS Tria Dipa	RS Tria Dipa
RS Jakarta	RS Jakarta
RS Agung	RS Agung
	RS Setia Mitra

JPK-Gakin	KJS
RS Zahirah	RS Zahirah
	RS Dr Suyoto
	RS Bhayangkara Selapa Polri
Rumah Sakit Khusus	
RSIA Budi Jaya	RSIA Budi Jaya
	Jakarta Medical Centre II
	Klinik Hemodialisa Cipta Husada
	Jakarta Kidney Center
Jakarta Timur	
Rumah Sakit Umum	
RS Persahabatan	RS Persahabatan
RS Kesdam Jaya Cijantung	RS Kesdam Jaya Cijantung
RS Polri Sukanto	RS Polri Sukanto
RS Pusdikkes	RS Pusdikkes
RSPAU Antarksa	RSPAU Antarksa
RSUD Pasar Rebo	RSUD Pasar Rebo
RSUD Budi Asih	RSUD Budi Asih
RS Haji Jakarta	RS Haji Jakarta
	RS Harapan Bunda
RS UKI Cawang	RS UKI Cawang
	RS Harum
RS Islam Jakarta Timur	RS Islam Jakarta Timur
RS Harapan Jayakarta	RS Harapan Jayakarta
RS Kartika Pulo Mas	RS Kartika Pulo Mas
RS Mediros	RS Mediros
RS Yadika	RS Yadika
	RS Rawamangun
	RS Admira
	RS Premier Jatinegara
Rumah Sakit Khusus	
RSJ Bunga Rampai	RSJ Bunga Rampai
RSKO Cibubur	RSKO Cibubur
RS Duren Sawit	RS Duren Sawit
Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia	Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia
	Bina Waluya Cardiac Center

JPK-Gakin	KJS
	RSIA Hermina Jatinegara
	RSIA Bunda Aliyah
	RSIA Resti Mulya
Luar Jakarta	
RSU Tangerang	RSU Tangerang
RSJ H. Marzoeki Mahdi	RSJ Bogor
RS Kusta Sitanala Tangerang	RS Kusta Sitanala Tangerang

Sumber: Dinkes DKI Jakarta, 2013.

E. Evaluasi Jaminan Kesehatan

Terlalu dini untuk menyimpulkan bermanfaat atau tidaknya KJS bagi masyarakat Jakarta. Tetapi belajar dari kajian mengenai JPK-Gakin, dapat dilakukan antisipasi mengenai apa yang dapat dilakukan untuk mengantisipasi permasalahan KJS. Laporan Penelitian Lembaga Penelitian SMERU tahun 2005 mengenai Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-Gakin) di Kabupaten Purbalingga, Sumba Timur, dan Tabanan menyimpulkan bahwa JPK-Gakin terbilang lebih berhasil dalam penyediaan akses layanan kesehatan yang memadai bagi masyarakat, khususnya kaum miskin, jika dibandingkan dengan skema pembiayaan kesehatan yang dikembangkan sebelumnya di Indonesia.⁴⁸

Hal ini karena JPK-Gakin dikelola oleh pemerintah daerah (dana bersumber dari anggaran pemerintah daerah dan pemerintah pusat) sehingga lebih mudah bagi pemerintah untuk mengembangkan terobosan dalam skema tersebut, menangani masalah dan pengaduan para anggota, di samping mempertimbangkan kondisi lokal yang mungkin dapat memengaruhi penyediaan layanan kesehatan di daerah-daerah tertentu (seperti daerah-daerah terpencil atau yang rentan pada penyakit-penyakit periodik seperti malaria).

Sama halnya dengan JPK-Gakin, maka KJS juga bersumber dari pemerintah daerah dan sempat menjadi permasalahan tersendiri bagi inisiatör Program, yaitu Gubernur DKI Jakarta.⁴⁹ Sebagian besar fasilitas perawatan RS tidak memungkinkan untuk menampung pasien yang

⁴⁸ Lembaga Penelitian SMERU, "Menyediakan Layanan Efektif bagi Kaum Miskin di Indonesia: Laporan Skema Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-Gakin) di Kabupaten Purbalingga, Sumba Timur, dan Tabanan," (Jakarta: SMERU, 2005), hlm. 20.

⁴⁹ "5 Kendala KJS yang membuat Jokowi pusing," <http://www.merdeka.com/tag/j/jokowi-ahok>, diakses 12 Juli 2013.

memang perlu dirawat inap. Tanpa diberlakukan KJS pun pengunjung Puskesmas sudah membludak, ruang rawat inap rumah sakit juga sudah tinggi BORnya. Pada akhirnya, pelayanan pasien menjadi tidak efisien dan akhirnya akan terjadi program yang kontraproduktif karena masyarakat tetap tidak mendapatkan pelayanan yang seharusnya.⁵⁰

Saat ini, SDM terutama dokter dan dokter spesialis juga terbatas. Karena terbatasnya dokter, kadang kala pelayanan di puskesmas hanya dilayani oleh perawat dan bukan oleh dokter. Dokter akan melayani pasien puskesmas dalam jumlah yang besar lebih dari 50 persen dalam satu waktu, sehingga pelayanan yang optimal tidak terwujud.⁵¹

Jika dapat dikelompokkan, maka permasalahan yang sudah dihadapi KJS saat ini adalah:

1. Tidak Tepat Sasaran

Media massa memberitakan bahwa setelah KJS diluncurkan, jumlah pasien RSUD Cengkareng meningkat hingga menjadi 4,7 juta jiwa, termasuk warga yang rentan miskin. Dinas Kesehatan Provinsi mengalkulasi pelonjakan yang mencapai 70 persen.⁵² Lonjakan pasien paling banyak terjadi di kawasan kumuh, seperti Tambora, Marunda, Penjaringan, serta Cilincing. Sedangkan untuk daerah di kawasan Jakarta Selatan, jumlah pasien justru stabil karena termasuk kawasan elite.

Belajar dari pelaksanaan Jamkesmas, harus diantisipasi banyak masalah di berbagai daerah. Selain tidak memberi hak secara utuh kepada rakyat yang berhak, Jamkesmas juga menyimpang dari sasaran.⁵³

Setiap hari selalu ada pasien Jamkesmas yang mengalami kesulitan mendapatkan obat karena pihak rumah sakit tidak menyediakan obat-obatan yang dijamin Jamkesmas. Ternyata perkara praktik Jamkesmas di lapangan tidak selalu karena ketidadaan obat-obatan. Secara nasional, pelaksanaan Jamkesmas pun dinilai tidak tepat sasaran dan belum sepenuhnya menyentuh rakyat miskin. Selain itu, tingkat keikutsertaan masyarakat kurang mampu masih rendah dalam program Jamkesmas.

2. Fasilitas Tidak Memadai

Penerapan sistem *online* untuk mencari kamar yang kosong secepatnya belum dapat diterapkan dengan maksimal. Fasilitas

⁵⁰ "14 RS batal mundur dari program KJS," <http://www.antaranews.com/berita/376165>, diakses 12 Juli 2013.

⁵¹ "Kartu Jakarta Sehat ...," *loc. cit.*

⁵² "5 Kendala KJS ..." *loc. cit.*

⁵³ Aries Kelana, Arif Koes Hernawan, Antonius Un Taolin, "Praktek Meleset Jaminan Kesehatan" (*Gatra*, 5 Juni 2013), hlm. 98–99.

pendukung masih belum memadai, bahkan belum siap.⁵⁴ Sistem yang dibuat pemerintah dan rumah sakit tak mampu menyeleksi pasien yang membutuhkan.

Belajar dari JPK-Gakin, sistem yang ada saat itu memang memiliki celah lebar untuk diakali. Kartu Jamkesda tidak mensyaratkan foto dan data diri lengkap. Meskipun ada foto dan identitas, calo masih dapat mengelabui petugas karena ikut mendapatkan pemasukan.⁵⁵

Selain calo yang mencari pemasukan dari mengurus dokumen, ada juga yang menguangkan obat Jamkesmas dengan cara menciptakan situasi agar pasien sudah dirawat secara gratis tidak mendapatkan obat secara gratis. Ada juga penawaran jasa yang mengubah status seorang pasien umum menjadi pasien berjaminan. Dalam kurun waktu sekitar dua jam, para calo mengubah pasien bukan pemegang kartu Jamkesmas menjadi pemegang kartu dan mendapatkan layanan gratis. Tetapi pasien harus menyetorkan beberapa rupiah ke calo tersebut.

Penyimpangan lain adalah adanya peserta ganda Jamkesmas dan Jamkesda, adanya biaya tambahan yang dikenakan RSUD, masuknya klaim pelayanan pasien miskin yang tidak diklaim Jamkesmas, dan pelayanan kasus-kasus yang seharusnya dapat selesai di puskesmas.

Dari program Jamkesmas dan Jamkesda di 33 provinsi, Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) menyimpulkan adanya kelemahan yang signifikan karena belum ada *database* kepesertaan yang akurat, pemutakhiran data masyarakat miskin tidak dilakukan dengan baik, perbedaan data masyarakat miskin antar-instansi, dan terdapat risiko masyarakat miskin belum memperoleh pelayanan kesehatan gratis. Kelemahan itu dapat mengganggu tujuan program Jamkesmas dan Jamkesda dalam memenuhi hak masyarakat tidak mampu.

Kediri, Jawa Timur, memiliki cara memperketat validasi warga pengguna kartu jaminan kesehatan untuk menekan penyimpangan. Dinas kesehatan setempat mengharuskan keluarga pasien datang sendiri tanpa diantar saat mengurus Jamkesda. Cara ini diterapkan setelah Dinas Kesehatan mendapat laporan banyaknya praktik percaloan. Dengan cara ini, aktivitas calo dapat dibatasi. Setelah validasi diperketat, setiap hari Dinas Kesehatan Kediri menerima 10 pengajuan kartu jaminan kesehatan. Jumlah ini jauh lebih rendah daripada jumlah pengajuan sebelum pengetatan validasi yang mencapai 50 pengajuan per hari.⁵⁶

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ Mujib Rahman dan Iman Hamzah, "Mafia Calo Pembobol Jaminan Kesehatan" (*Gatra*, 5 Juni 2013), hlm. 94.

⁵⁶ Mujib Rahman, *op. cit.* hlm. 97.

3. Kebocoran Dana

Secara nasional sejak tahun 2005, pemerintah mengalokasikan dana Jamkesmas Rp22 triliun lebih. Angka ini belum termasuk besaran Jamkesda yang diberikan pemerintah provinsi dan jaminan bentuk lain yang diberikan pemerintah kabupaten.

Untuk DKI Jakarta, membludaknya jumlah pasien mengakibatkan Pemprov DKI berhutang sebesar Rp355 miliar kepada rumah sakit.⁵⁷ Sebelumnya pun, ada tunggakan karena keterlambatan penagihan dan penyelesaian unit pelaksana teknis Jamkesda dari program JPK-Gakin.

Dana juga mengalami kebocoran karena ada permainan calo. Peran oknum memperparah keadaan. BPK menemukan dugaan kerugian negara senilai Rp4,61 triliun.⁵⁸ Pencaloan Jamkesmas menjadi fenomena yang terjadi di banyak rumah sakit, karena calo bebas berkeliaran mencari mangsa. Modus paling umum adalah menggunakan kartu Jamkesmas milik orang lain untuk mendaftar pengobatan berjaminan. Penyelewengan kartu Jamkesmas menyebabkan terjadi pembengkakan angka pengobatan berjaminan dalam tiga tahun terakhir. Bila pada tahun 2010 pasien dengan jaminan di mencapai 85 persen, tahun berikutnya meningkat jadi 90 persen.

Praktik pencaloan telah membuat dana jaminan kesehatan salah sasaran. BPK menemukan 2.944 kasus ketidakpatuhan terhadap ketentuan perundang-undangan yang mengakibatkan kerugian, potensi kerugian, dan kekurangan penerimaan.

F. Kesimpulan

Kota sehat adalah salah satu cerminan bagaimana kesehatan mulai menjadi milik bersama, karena yang bertanggung jawab dan mengupayakan kota sehat adalah semua pihak yang ada di kota tersebut. Kesehatan perkotaan merupakan masalah kesehatan masyarakat global dan nasional yang penting di abad ke-21. Urbanisasi terus berlangsung, dan semakin banyak orang pindah dan bertempat tinggal di perkotaan. Untuk mencari solusi atas persoalan jaminan kesehatan masyarakat perkotaan agar dapat bekerja dengan lebih baik, beberapa rekomendasi berikut perlu ditindaklanjuti oleh pemerintah daerah baik provinsi maupun kabupaten/kota.

⁵⁷ Loc. cit.

⁵⁸ Ibid. hlm. 94–97.

Tiga syarat yang harus dipenuhi dan harus segera mulai dipikirkan upaya pencapaiannya adalah:

1. Adanya standardisasi pelayanan sebagai pedoman di masing-masing tingkatan pelayanan dan tingkatan fasilitas;
2. Standardisasi kompetensi sumber daya manusia serta sarana dan prasarana pendukung;
3. Koordinasi dan keterlibatan semua pihak, baik negeri maupun swasta, dalam membangun fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terdistribusi merata.

Semoga dengan terpenuhinya tiga syarat tersebut, dapat diwujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh warga Jakarta. Selain itu, diharapkan semua warga Jakarta memahami sistem dan cakupan pelayanan KJS agar tidak terjadi salah paham tentang KJS. Jangan sampai program yang ditunggu-tunggu dan diharapkan warga Jakarta ini, justru membuat kualitas kesehatan warga menurun karena tidak ada dukungan kualitas pelayanan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Kelana, A. et al. 2013. "Praktek Meleset Jaminan Kesehatan", *Gatra*, 5 Juni.
- Soekanto, S. 1982. *Sosiologi, Suatu Pengantar*, Edisi Baru Kesatu. Jakarta: CV Rajawali.
- Suharto, E. 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
- Surjadi, C., Surja, S. 2013. *Kesehatan Perkotaan di Indonesia*. Jakarta: Atma Jaya.
- United Nations Children's Fund. 2012. *The State of the World's Children 2012*. New York: UNICEF.
- United Nations Population Fund. 2011. *State of World Population 2011*. New York: UNFPA.
- Universal Declaration of Human Rights*, 1948. U.N. Doc. a/810 at 71.
- Wisadirana, D. 2004. *Sosiologi Pedesaan: Kajian Kultural dan Struktural Masyarakat Pedesaan*. Malang: UMM Press.

Jurnal/Makalah

- Mudiono. 2002. "Jaminan Sosial di Indonesia: Relevansi Pendekatan Informal," *Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik*. Jakarta: *Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik*, 6 (1).
- Wati, D. 2012. "Pelaksanaan Kegiatan Penyehatan Lingkungan di Puskesmas." Makalah Pertemuan Balai Besar Pelatihan Kesehatan Jakarta.

Majalah/Surat Kabar

- Rahman, M., Hamzah, I. 2013. "Mafia Calo Pembobol Jaminan Kesehatan," *Gatra*, 5 Juni.

Peraturan

- Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2005 Nomor: 1138/MENKES/PB/VIII/2005, tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat.
- Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2008 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2007-2012.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2008 tentang Pedoman Perencanaan Kawasan Perkotaan.

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Dokumen

Departemen Kesehatan. 2002. Standar Prosedur Operasional Klinik Sanitasi untuk Puskesmas. Jakarta: Depkes Dirjen P2MPL.

Departemen Pendidikan Nasional. 2002. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka.

Kementerian Kesehatan. 2010. Hasil Analisis Data Bidang Jaminan Kesehatan Tahun 2010. Jakarta: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.

Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. 2012. Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012–2019. Jakarta: Kemko Kesra.

Lembaga Penelitian SMERU. 2005. Menyediakan Layanan Efektif bagi Kaum Miskin di Indonesia: Laporan Skema Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-Gakin) di Kabupaten Purbalingga, Sumba Timur, dan Tabanan. Jakarta: SMERU.

Organisasi Perburuhan Internasional. 2008. Jaminan Sosial: Konsensus Baru. Jakarta: Kantor Perburuhan Internasional.

Situs

Badan Pusat Statistik, "Indeks Pembangunan Manusia Provinsi dan Nasional, 1996 – 2011," www.bps.go.id, diakses 12 Juli 2013.
_____, "Indikator Kesehatan 1995–2011," www.bps.go.id, diakses 12 Juli 2013.

_____, "Penduduk Indonesia menurut Provinsi 1971, 1980, 1990, 1995, 2000 dan 2010," www.bps.go.id, diakses 12 Juli 2013.

"14 RS batal mundur dari program KJS," <http://www.antaranews.com/berita/376165>, diakses 12 Juli 2013.

"5 Kendala KJS yang membuat Jokowi pusing," <http://www.merdeka.com/tag/j/jokowi-ahok>, diakses 12 Juli 2013.

"Demografi Jakarta," 13 Juli 2009, <http://www.jakarta.go.id/web/news/2008/01/Demografi-Jakarta>, diakses 12 Juli 2013.

"Healthy Settings," http://www.who.int/healthy_settings/en/, diakses 12 Juli 2013.

"Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) DKI Jakarta," <http://www.jamkesdadki.com>, diakses 12 Juli 2013.

"Kartu Jakarta Sehat: Masyarakat Harus Paham, Pemda Harus Siap,"
<http://health.kompas.com/read/2012/11/12/05380275/>,
diakses 9 Juli 2013.

"Kartu Jakarta Sehat: Masyarakat Harus Paham, Pemda Harus Siap,"
<http://health.kompas.com/read/2012/11/12/05380275>, diakses
12 Juli 2013.

"The Healthy Communities Institute," <http://www.healthycommunitiesinstitute.com/about-us/>, diakses 12 Juli 2013.

"The International Healthy Cities Foundation," <http://www.healthycommunitiesinstitute.com/international-foundation/>,
diakses 12 Juli 2013.



BAB V

PERAN BPJS KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN STRATIFIKASI SOSIAL DAN MOBILISASI SOSIAL MASYARAKAT MISKIN

Mohammad Teja¹

Untuk memulai dan menjalankan pertama kali jaminan sosial nasional bukan sebuah hal yang mudah. Selain persiapan yang matang dari pemerintah sebagai pelaksana, kesiapan fasilitas-fasilitas yang menunjang program jaminan sosial harus juga dibenahi secara benar. Pemerintah dalam pidato Presiden Republik Indonesia Tahun 2013 menyatakan akan terus meningkatkan pelaksanaan perlindungan sosial (*social security*) dan akan melaksanakan secara bertahap Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dukungan Modal Negara pada masing-masing Badan Pelaksana Jaminan Sosial (BPJS) juga telah dialokasikan oleh pemerintah. Dalam memberikan dukungan untuk pelaksanaan BPJS khususnya jaminan kesehatan yang difokuskan pelaksanaannya pertama kali pada tahun 2014, langkah-langkah yang akan dilakukan oleh pemerintah antara lain adalah dengan meningkatkan kapasitas puskesmas-puskesmas dan juga rumah sakit (RS) pemerintah di berbagai daerah di Indonesia, terutama fasilitas kelas III guna melayani peserta jaminan sosial ini.

¹ Penulis adalah Peneliti Bidang Sosiologi di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI. E-mail: teja@dpr.go.id.

Selain fasilitas tersebut, pemerintah juga mempersiapkan tenaga medis yang memadai dan mumpuni untuk memberikan pelayanan yang maksimal kepada masyarakat peserta jaminan sosial. Khusus mengenai iuran peserta bagi masyarakat miskin pemerintah memberikan bantuan iuran kepada mereka agar dapat terlayani dengan baik dalam pelaksanaan program jaminan sosial (Rp19.225 per orang) dan mereka yang mampu wajib membayar iuran sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Kebanyakan masyarakat menengah di Indonesia sudah tahu dan bahkan menjadi peserta asuransi kesehatan (swasta), termasuk Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang sudah secara langsung menjadi anggota Asuransi Kesehatan (Askes) saat menjadi pegawai. Tetapi, kebanyakan masyarakat Indonesia khususnya mereka yang bukan PNS belum memiliki asuransi, terlebih yang hidup miskin atau di bawah garis kemiskinan yang jumlahnya pada bulan Maret 2013 (penduduk dengan pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan) di Indonesia mencapai 28,07 juta orang (11,37 persen).²

Setiap negara tentunya memiliki berbagai macam perbedaan model dalam sistem jaminan sosial, terutama di negara maju. Ada model sosial demokrat yang sistem jaminan sosialnya dibiayai oleh pajak dan potongan yang relatif tinggi, prinsip manfaat pasti, paket manfaat yang sama untuk semua warga negara, jenis tunjangan yang luas (termasuk tunjangan untuk anak dan orang tua yang baru saja melahirkan anak) dan cakupan peserta yang universal. Penduduk negara yang menggunakan model sosial demokrat adalah negara yang relatif kecil dan perekonomiannya membutuhkan proteksi cukup mendalam untuk bersaing dalam pasar global.

Dalam model konservatif, sistem jaminan sosial dibiayai oleh iuran peserta dan pengusaha pemberi kerja dengan sistem iuran pasti dan paket manfaat yang disesuaikan dengan sektor kerja (pegawai negeri mendapat tunjangan yang jauh lebih baik) dan kategori pendapatan. Pada model liberal, sistem jaminan sosial didanai dengan iuran peserta dan pengusaha pemberi kerja dengan sistem manfaat pasti dan paket manfaat yang bertingkat sesuai dengan kategorisasi pendapatan. Sistem ini lebih mengutamakan mekanisme pasar dalam memberikan kesejahteraan pada pekerja.³

² "Jumlah Penduduk Miskin Maret 2013 Mencapai 28,07 Juta Orang," <http://www.bps.go.id/?news=1023>, diakses 21 Juli 2013.

³ Chazali H. Situmorang, *Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia, Transformasi BPJS: "Indahnya Harapan Pahitnya Kegagalan"* (Depok: Cinta Indonesia, 2013), hlm. 13–14.

Sebagai eksekutor utama, pemerintah mempersiapkan jaminan sosial ini sepenuhnya untuk berjalan pada tahun 2019, apabila segala persiapan dan seluruh unsur pendukung dalam melayani seluruh masyarakat dapat berjalan dengan baik. Persoalan *universal coverage* bukan hanya kemampuan pembiayaan dari pemerintah atau masyarakat yang memiliki kewajiban untuk membayar saja tetapi sektor *supply chain*-nya, RS, dokter dan tenaga perawatnya menjadi pertimbangan dalam mewujudkan dan menjalankan amanat UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disingkat UU BPJS). Pada 1 Januari 2014, sekitar 122 juta peserta asuransi kesehatan harus ditangani BPJS. Angkat peserta tersebut berasal dari peserta Askes, Jamkesmas, Jamsostek, Jamkesda yang secara otomatis menjadi peserta BPJS Kesehatan pada tahun 2014.⁴

Bagi masyarakat yang tidak mampu, miskin dan berada di bawah garis kemiskinan (miskin sekali), kehadiran BPJS merupakan kabar yang menggembirakan, karena jaminan sosial khususnya jaminan kesehatan memberikan rasa keadilan bagi mereka yang selama ini tidak dapat menikmati fasilitas kesehatan dengan baik. Meskipun jaminan kesehatan terdahulu sudah dilaksanakan melalui Jamkesmas, Jamsostek, dan Jamkesda, kehadiran BPJS menambah pengakuan negara terhadap "mereka".

Kehidupan manusia tidak terlepas dari risiko-risiko yang tidak pasti. Potensi kehilangan dan kerugian harta di saat seseorang mengalami sakit merupakan salah satu faktor yang menyebabkan orang jatuh miskin. Di saat orang mengalami sakit, jika ia tidak memiliki harta yang cukup, ataupun asuransi kesehatan yang melindunginya, apalagi sakit tersebut membutuhkan biaya yang tidak sedikit, dapat saja menyebabkan orang tersebut mengalami kemiskinan seketika. Bagi mereka yang sudah miskin atau bahkan yang berada di bawah garis kemiskinan, keadaan sakit sangat dihindari meskipun sudah ada berbagai macam jaminan sosial (Jamkesmas, Jamsostek, Jamkesda).

Komitmen pemerintah dan DPR-RI untuk membangun negara dan kesejahteraan sosial bagi rakyatnya dalam hubungannya dengan pembentukan BPJS ini merupakan jaminan bagi rakyat sebuah negara untuk tidak jatuh ke dalam kemiskinan yang lebih dalam. Tentunya kehadiran BPJS dan hubungannya dengan peningkatan kesejahteraan masyarakat sangat signifikan. Dalam tulisan ini penulis mencoba mendeskripsikan peran BPJS dalam meningkatkan stratifikasi sosial dan mobilisasi sosial masyarakat miskin.

⁴ "Tahun 2019 Seluruh Rakyat Terjamin Asuransi Kesehatan", <http://health.kompas.com/read/2013/01/16/21201619>, diakses 22 Juli 2013.

Jumlah penduduk miskin di Indonesia yang lebih dari 28 juta jiwa memiliki kesulitan tersendiri dalam pembiayaan dan pelayanan kesehatan. Perlakuan yang berbeda tentunya sangat erat kaitannya dengan kemampuan membayar. Teknologi kesehatan yang terus berkembang tidak menjadikan pelayanan kesehatan semakin murah tetapi justru semakin tak terjangkau karena berbanding lurus dengan biaya tenaga kesehatan yang tersedia. Berbagai perubahan tersebut menyebabkan kesulitan bagi masyarakat miskin di Indonesia dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Pengelolaan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan RS dengan sasaran sejumlah 36 juta jiwa lebih telah dimulai pada semester 1 tahun 2005 oleh PT Askes (Persero). Pada langkah awal tersebut tentunya banyak ditemui permasalahan yang muncul dalam pelaksanaan. Mulai dari ketidaksesuaian data BPS dengan data jumlah masyarakat miskin di setiap daerah, belum tersosialisasinya program dengan baik, penyebarluasan kartu peserta belum merata, sampai dengan keterbatasan sumber daya manusia PT Askes (Persero).⁵ Berbagai permasalahan tersebut memberikan pelajaran yang berarti dalam penyelenggaraan jaminan sosial ke depan.

Cita-cita besar UU BPJS diharapkan memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kesejahteraan masyarakat, dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin. Dan yang paling penting adalah dapat memberikan motivasi kepada masyarakat untuk memfokuskan pada peningkatan keadaan perekonomian mereka ketimbang harus memikirkan biaya kesehatan yang tinggi. Mereka yang memiliki tingkat perekonomian yang baik, pekerjaan yang baik dan sudah memiliki/mengikuti fasilitas asuransi kesehatan swasta dengan biaya iuran yang cukup tinggi (baik secara pribadi ataupun fasilitas dari tempat mereka bekerja) tentunya tidak akan dibebani pikirannya dengan biaya kesehatan.

Secara sadar, masyarakat membuat pengelompokan pelapisan sosial, memberikan posisi-posisi tertentu dalam menjalankan peran dan aktivitas kesehariannya. Kaya dan miskin membagi masyarakat ke dalam bagian-bagian tertentu. Stratifikasi sosial yang digunakan dalam menganalisis tulisan ini adalah untuk mengetahui bagaimana BPJS mampu mengubah stratifikasi sosial masyarakat miskin. Stratifikasi

⁵ "Biro Hukum dan Organisasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia", <http://www.hukor.depkes.go.id/?art=45>, diakses 23 Juli 2013.

sosial⁶ berkenaan dengan adanya dua atau lebih kelompok-kelompok bertingkat (*ranked groups*) dalam satu masyarakat tertentu. Yang anggota kelompoknya memiliki kekuasaan, hak-hak tertentu, dan prestise yang tidak sama.

Marton Fried⁷ mengungkapkan, masyarakat yang terstratifikasi adalah yang anggotanya berjenis kelamin sama dengan umur yang berbeda dan tidak mendapat pendapatan atau penghasilan yang sama. Intinya adalah perbedaan akses untuk memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Kekuasaan meliputi kapasitas beberapa individu untuk memerintah individu lainnya. Hak istimewa berkenaan dengan kekayaan dan keuntungan lainnya. Perbedaan dalam hal-hak istimewa juga merupakan bagian dari sistem stratifikasi, dan biasanya dalam masyarakat terstratifikasi ketidaksamaan prestise berasal dari ketidaksamaan kekuasaan dan hak-hak istimewa.

Karakteristik yang paling penting dalam melihat stratifikasi sosial adalah ia melibatkan kelompok, bukan individu. Kelompok-kelompok yang tingkatannya berbeda membentuk strata sosial, atau sistem sosial-kultural secara menyeluruh yang bersifat turun-temurun. Karena itu, dalam masyarakat terstratifikasi, individu dilahirkan dalam suatu sistem stratum sosial tertentu yang memberikan suatu kedudukan sosial dan identitas tanpa memerhatikan karakteristik personal mereka.⁸

Kekayaan sumber-sumber ekonomi dikuasai oleh sedikit orang baik dalam masyarakat agraris atau bahkan dalam masyarakat industri. Jadi menurut Lenski (1966) seperti dikutip oleh Sanderson, kemajuan dan perkembangan suatu masyarakat adalah dicirikan semakin berkurangnya ketidaksamaan dan tingkatan dalam masyarakat tersebut.⁹ Selain itu ia berpendapat faktor yang paling penting adalah timbul dan berkembangnya ideologi politik demokrasi. Ideologi demokrasi menurut Lenski akan mampu membangun peluang politik bagi kaum mayoritas untuk berhadapan dengan kaum minoritas yang berkuasa.

Weber, seperti dikutip oleh Sanderson, membagi tiga aspek dalam mengidentifikasi stratifikasi, yaitu kekayaan, kehormatan, dan gaya hidup. Tiga kelompok terstratifikasi berdasarkan kriteria ini dan dapat berdiri sendiri dari satu sama lain, yaitu pemilik modal, kehormatan, dan kekuasaan. Termasuk di dalamnya kelompok status dan partai. Selanjutnya dalam menganalisis stratifikasi, Weber menggunakan konsep

⁶ Stephen K. Sanderson, *Makro Sosiologi, Sebuah Pendekatan terhadap Realitas Sosial* (Jakarta: PT RajaGrafindo Persada, 2000), hlm. 146.

⁷ *Ibid.*, hlm. 146.

⁸ *Loc. cit.*

⁹ *Ibid.*, hlm. 261.

lain yang sama pentingnya dengan konsep kelas, konsep kelompok status dan konsep partai, yakni konsep tentang batas sosial (*social clouser*). Ia menggunakan konsep ini untuk melihat kecenderungan kuat kelompok sosial untuk mencapai kriteria sosial sebagai tanda perbedaan, sebagai alat untuk memisahkan diri mereka dengan kelompok lain, termasuk di dalamnya jenis kelamin, ras, latar belakang kultural (nasionalitas), tingkat pendidikan, dan pekerjaan. Anggota kelompok ini mencoba memonopoli sumber daya sehingga mereka mendapatkan harga diri dan ekonomi yang mapan.¹⁰

Dalam hubungannya dengan stratifikasi sosial, kelompok tertentu akan mampu mencapai tingkatan tertentu dalam kehidupan sosial dan akan mampu membedakan posisi dahulu dan sekarang untuk berjalan ke arah yang lebih baik. Diketahui bahwa sebuah negara dengan ketimpangan pendapatan yang tinggi memiliki kecenderungan mobilitas yang lebih rendah.¹¹ Ini berarti kecenderungan perbaikan perekonomian individu atau kelompok akan terlihat lambat, atau bahkan diam. Pentingnya peran pemerintah dalam mendorong mobilitas sosial dengan mewujudkan program jaminan sosial sudah tidak dapat ditunda lagi. Analisis dalam tulisan ini juga mencoba mengkaji bagaimana BPJS mampu mendorong masyarakat miskin untuk berada dalam posisi yang lebih baik dalam kehidupannya dan mampu menggeser situasi perekonomian mereka.

Mobilitas sosial menjadi penting untuk melihat seberapa jauh peran BPJS dalam memberikan perubahan dalam kehidupan seseorang atau kelompok masyarakat ke arah kehidupan yang lebih baik. Pemanfaatan sumber daya yang sudah tersedia dilakukan khususnya untuk fasilitas kesehatan yang selama ini diperuntukkan bagi sakit tertentu yang harus mengeluarkan biaya cukup besar. Bagi masyarakat miskin dan menengah, bahkan masyarakat yang kaya sekalipun, keadaan sakit dapat membawa seseorang ke dalam kesulitan keuangan. Ini disebabkan karena keterbatasan fasilitas kesehatan dan biaya tenaga medis yang tinggi sehingga individu-kelompok masyarakat tertentu dikelompokkan dalam mendapatkan fasilitas tersebut.

¹⁰ *Ibid.*, hlm. 284.

¹¹ Claire Crawford, *et al.*, *Social Mobility: A Literature Review* (London: Departemen for Business Innovation & Skills, 2011), hlm. 1.

A. BPJS dan Masyarakat Miskin

Masyarakat miskin adalah mereka yang mengalami kekurangmampuan dalam memenuhi kebutuhan keseharian. Dalam menentukan masyarakat miskin, Indonesia mengacu pada kriteria yang digunakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Setiap tahunnya BPS mengeluarkan batasan pendapatan per kapita per tahun, dan dibedakan antara wilayah pedesaan dan perkotaan. Menurut BPS, kemiskinan adalah ketidakmampuan untuk memenuhi standar tertentu dari kebutuhan dasar, baik makanan maupun bukan makanan.

Pada tahun 2011 hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang dibuat BPS ada sebanyak 96,7 juta jiwa, dan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR-RI) meminta kepada Kementerian Keuangan untuk membiayai jaminan sosial mereka. Tetapi menurut Kementerian Keuangan, kekuatan dan kemampuan negara hanya mampu untuk memberikan bantuan dana kepada program jaminan sosial (BPJS) sebanyak 86,4 juta jiwa.¹² Angka populasi tersebut diambil dari data program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), sehingga akan lebih tepat untuk diikutsertakan dalam BPJS Kesehatan. Adapun PPLH yang dilakukan BPS terbagi menjadi tiga kategori, yaitu penduduk miskin, hampir miskin, dan sangat miskin.

Program jaminan kesehatan membawa konsekuensi pembiayaan yang tidak sedikit karena lingkup proteksinya mencakup kepesertaan penduduk usia 0–14 tahun (*pre employment coverage*), kepesertaan penduduk usia 15–64 tahun (*active contributor*) dan kepesertaan penduduk usia senja di atas 65 tahun (*post employment coverage*). Dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial yang komprehensif dengan koneksitas didalamnya, yang meliputi: (1) program terkait dengan pemberian kompensasi finansial; (2) program yang terkait dengan rehabilitasi dan pemberian alat bantu; (3) program yang terkait dengan penangguhan konsumsi dan penghasilan; (4) program yang melakukan pelayanan kesehatan dan perawatan medis serta imunisasi.¹³

Kesehatan adalah investasi masyarakat miskin yang paling berharga selain pendidikan dan pekerjaannya (secara tidak disadari). Negara sebagai penjamin pemenuhan hak warga negaranya tentunya diharapkan dapat memberikan akses fasilitas kesehatan kepada seluruh rakyat termasuk mereka yang kesulitan dalam pemenuhan kehidupan kesehariannya. Pentingnya kesehatan dan pemahaman mengenai

¹² "Anggaran Minim, Kemenkeu Pangkas Jumlah Peserta BPJS Kesehatan", <http://www.merdeka.com/uang>, diakses 26 Agustus 2013.

¹³ Chazali H. Situmorang, *op. cit.*, hlm. 27–28.

kesehatan itu sendiri menurut pendapat penulis berbanding lurus dengan tingkat kesejahteraan masyarakat/keluarga, selain disebabkan oleh ketidakmampuan mereka dalam memenuhi atau mendapatkan pelayanan kesehatan karena mahalnya biaya yang harus mereka bayar, juga karena kurangnya fasilitas-fasilitas medis di wilayah tertentu.¹⁴

UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan dengan tegas dalam ketentuan Menimbang:

- "a. bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b. bahwa setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional;
- c. bahwa setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara;"

Untuk memenuhi amanat yang telah ditetapkan dalam undang-undang tersebut, pemerintah telah melakukan upaya dalam memberikan jaminan kesehatan terhadap masyarakat miskin, di antaranya Program Jaring Pengaman Sosial Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998-2000, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDSE) tahun 2001, dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004. Dan pada awal tahun 2005, melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/XI/04, Pemerintah menetapkan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) melalui pihak ketiga yaitu PT Askes (Persero) yang lebih dikenal sebagai program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin).¹⁵ Selanjutnya Askeskin berubah menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

¹⁴ "Jaminan Kesehatan Masyarakat", <http://jdih.bpk.go.id/wp-content/uploads/2012/02/Tulisan-hukum-Jamkesmas1.pdf>, diakses 24 Juli 2013.

¹⁵ *Ibid.*, hlm. 2-3.

Perjalanan beberapa program jaminan kesehatan di Indonesia bukannya tidak mengalami persoalan. Mulai dari data peserta yang belum akurat, sosialisasi belum optimal, sampai dengan pungutan untuk mendapatkan kartu. Selain itu, ada peserta yang mengeluarkan biaya berobat serta mendapatkan kualitas pelayanan pasien yang buruk.¹⁶ Persoalan penting sebagai awal berjalannya BPJS Kesehatan di tahun 2014 nanti adalah pendataan peserta harus lebih akurat dan tepat sasaran. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah akses terhadap fasilitas kesehatan, mekanisme pelayanan dan mutu pelayanan untuk memulai jaminan sosial ini.

Fasilitas kesehatan, membagi masyarakat ke dalam status sosial tertentu dan membuat peranan (*role*) setiap masyarakat sesuai dengan kedudukannya. Selama ini, masyarakat tertentu menikmati keadaan sehat sesuai dengan proporsinya masing-masing. Yang kaya menikmati pelayanan kesehatan melalui sumber daya ekonomi yang dimilikinya. Sedangkan si miskin (atau dapat juga dimasukkan golongan menengah) memanfaatkan pelayanan kesehatan “semampunya” dan ketersediaan pelayanan yang ada.

Dalam kehidupan kesehariannya masyarakat miskin mengalami kekurangan akses ke dalam tiga karakteristik lapisan masyarakat. Kaum papa ini berada pada posisi paling bawah dalam setiap kelas, mulai dari kelas yang didasarkan pada faktor ekonomi, kelas yang didasarkan pada faktor politis, dan kelas yang didasarkan pada faktor-faktor tertentu dalam masyarakat. Dan sistem lapisan pada masyarakat bersifat kumulatif tergantung pada sistem nilai yang berkembang dalam masyarakat tersebut.¹⁷

Karena berbeda, baik pemilikan kekuasaan, hak istimewa dan prestise, akses terhadap sumber daya pun tergantung pada keanggotaannya dalam kelompok masyarakat. Puskesmas masih menjadi tempat bagi masyarakat tertentu, yaitu masyarakat miskin, untuk mendapatkan layanan kesehatan dalam bentuk pengobatan. Sementara masyarakat yang memiliki tingkat kehidupan yang lebih

¹⁶ “6 Masalah dalam Program Jamkesmas”, <http://lipsus.kompas.com/grammyawards/read/2009/03/03/17512891>, diakses 23 Juli 2013.

¹⁷ Sutinah dan Siti Norma, dalam J. Dwi Narwoko dan Bagong Suyanto (Editor), *Sosiologi, Teks Pengantar dan Terapan* (Jakarta: Prenada Media Group, 2004), hlm. 153-154.

baik menggunakan Puskesmas untuk mendapatkan surat rujukan untuk kemudian mendapatkan pengobatan di RS yang memiliki fasilitas dan peralatan medis lebih lengkap.¹⁸

Jaminan sosial dilaksanakan untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat terhadap jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional. Pelayanannya pun dirujuk sampai pelayanan rujukan tertinggi dengan biaya bagi peserta (khususnya orang miskin dengan kriteria tertentu) ditanggung oleh pemerintah.

Salah satu kajian yang mengungkapkan adanya kaitan antara stratifikasi sosial dengan peluang hidup dan derajat kesehatan diungkapkan oleh Robert Chambers (1987). Chambers, seperti dikutip Suyanto dan Karnaji, menemukan bahwa di lingkungan keluarga yang miskin, tidak berpendidikan, dan rentan, mereka umumnya lemah jasmani dan mudah terserang penyakit.¹⁹ Sementara itu penelitian yang dilakukan oleh Brooks (1975) menemukan bahwa kecenderungan terjadinya kematian pada bayi lebih banyak terjadi pada kelas sosial tertentu, dan tinggi rendahnya pendidikan seseorang (terutama kaum ibu) sangat besar pengaruhnya dalam terjadinya kematian pada bayi. Menurut Utomo (1985) seperti dikutip Suyanto dan Karnaji, hal ini sangat berkaitan tentang pengetahuan terhadap perawatan kesehatan, higiene, perlunya pemeriksaan kehamilan dan pascapersalinan, serta kesadaran terhadap anak-anak dan keluarganya.²⁰

Selain itu, studi yang dilakukan oleh para ahli- Antonovsky (1972) dan Harkey *et al.* (1976) menemukan bahwa sekurang-kurangnya ada dua faktor yang berinteraksi untuk menghasilkan hubungan antara kelas sosial dengan kesehatan. *Pertama*, para anggota kelas sosial yang lebih tinggi biasanya menikmati sanitasi. *Kedua*, orang-orang yang mengidap penyakit kronis, status sosialnya cenderung untuk “meluncur” ke bawah dan sulit untuk memperoleh dan mempertahankan berbagai pekerjaan (Zanten, 1979).²¹

¹⁸ Masyarakat miskin lebih memanfaatkan fasilitas yang tersedia di Puskesmas dikarenakan keterbatasan ekonomi. Ongkos yang dikeluarkan di daerah-daerah tertentu yang berada jauh dengan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) merupakan faktor yang menghalangi mereka untuk berobat ke RSUD. Tetapi dalam sebuah masyarakat miskin yang berbeda wilayahnya (lebih dekat akses menuju RSUD) akan lebih mudah untuk mendapatkan fasilitas kesehatan pada RS yang besar dan memiliki fasilitas kesehatan lebih baik.

¹⁹ Bagong Suyanto dan Karnaji dalam Dwi Narwoko dan Bagong Suyanto (Editor), *op. cit.* hlm. 185-186.

²⁰ *Ibid.*, hlm. 185-186

²¹ *Ibid.*, hlm. 185-186

Betapa sulitnya keadaan miskin ditambah dengan datangnya penyakit, terlebih lagi jika kebetulan yang mengalami sakit tersebut adalah tulang punggung keluarga dalam mencari nafkah. Tidak hanya kelompok masyarakat yang miskin, kelas sosial menengah juga akan mengalami kesulitan yang sama jika mereka tidak memiliki asuransi kesehatan/jaminan sosial bagi keluarganya. Karena biaya kesehatan/peralatan medis dan jasa keahlian kedokteran yang terus meroket tinggi membuat masyarakat miskin "tidak boleh sakit". Jika mengalami sakit dan kronis, mereka sudah dapat dipastikan akan terjerumus ke dalam jurang kemiskinan yang lebih parah.

Kesulitan akses kepada fasilitas kesehatan dan tenaga medis tentunya membuat kelompok masyarakat tertentu mencari alternatif lain untuk berobat. Biasanya penyakit akan sukar sembuh, semakin parah, dan tak jarang keluarga terlilit hutang dengan bunga yang besar untuk berobat. Tidak seperti masyarakat yang berada pada wilayah perkotaan kota atau dekat dengan pusat pemerintahan, akses dan fasilitas kesehatan mudah di dapat, ketersediaan obat dan alat-alat medis-pun lengkap, transportasi menuju RS atau Puskesmas terjangkau baik secara jarak maupun biaya.

BPJS tentunya membawa angin segar bagi seluruh rakyat Indonesia terutama bagi mereka yang belum mendapatkan fasilitas kesehatan. Tentunya keadaan ini harus diikuti dengan pembangunan ketersediaan fasilitas-fasilitas yang mendukung peningkatan layanan kesehatan bersama hadirnya jaminan sosial.

B. BPJS dan Perubahan Stratifikasi Sosial Masyarakat Miskin

Menurut Spicker, seperti dikutip oleh Soetomo, salah satu bentuk respons masalah sosial adalah kebijakan sosial. Kebijakan sosial mempunyai kedudukan lebih dari sekadar respons terhadap masalah sosial. Kebijakan tidak hanya memberikan fokus perhatian kepada masalahnya itu sendiri, akan tetapi juga merancang suatu perubahan atau mengelola struktur sosial maupun jaringan relasi sosial. Perhatian untuk memberikan bantuan dan pelayanan kepada kelompok tertentu sebagai langkah awal yang umumnya ditujukan

kepada kelompok sasaran warga masyarakat yang menjadi penyandang masalah. Bentuknya dapat berupa pelayanan atau bantuan yang dapat meringankan beban kelompok miskin (misalnya).²²

Jaminan sosial yang secara nasional akan dilaksanakan pemerintah, tentunya membawa perubahan dalam kehidupan masyarakat khususnya masyarakat miskin. Prosesnya tentu tidaklah mudah, mulai dari perubahan pola hidup sehat dan kebiasaan masyarakat menggunakan fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pemerintah. Pengetahuan/pendidikan masyarakat juga penting dan menjadi persoalan yang kemungkinan besar akan menimbulkan masalah di kemudian hari.

Sebelum mengikuti jaminan sosial atau asuransi kesehatan swasta, saat sakit kelompok masyarakat menengah dan miskin akan menghabiskan harta benda yang sudah dikumpulkan sejak lama, apalagi bagi kelompok masyarakat yang miskin. Kehidupan yang sudah sangat sulit ditambah dengan keadaan sakit membuat situasi menjadi lebih parah. Untuk jatuh dari stratifikasi sosial yang lebih tinggi memang tidak mudah.

Berubah dan mengubah masyarakat sosial tertentu akan banyak dihadapkan pada hambatan. Proses perubahan masyarakat dalam stratifikasi sosial tertentu cenderung terhambat karena keterbatasan pengetahuan mereka. Kelas sosial yang lebih rendah memiliki kecenderungan untuk curiga dan bahkan menolak untuk menerima hal-hal baru dan lebih memilih untuk tetap pada prinsip *safety first*.²³ Menurut mereka, kelangsungan hidup lebih penting daripada melakukan langkah-langkah terobosan yang belum jelas hasilnya.

Kehadiran program jaminan sosial pada titik tertentu sangat berpengaruh bagi kehidupan kelompok sosial berbeda. Peningkatan dan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan bagi kelompok sosial atas bisa saja tidak berpengaruh dalam peningkatan perekonomian. Tetapi bagi masyarakat miskin dan memiliki keterbatasan dalam sumber daya ekonominya, keterbatasan pendidikan membuat mereka terus mengalami kerentanan dan sulit untuk maju. Jaminan sosial tentunya berdampak besar bagi kehidupan mereka. Keluarga atau kelompok sosial kelas bawah yang tidak memikirkan bagaimana berobat karena keterbatasan akses dan uang akan sangat dibantu dengan adanya program BPJS.

²² Soetomo, *Masalah Sosial, "Dan Upaya Penyelesaiannya"*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2010), hlm. 211.

²³ *Ibid.*, hlm. 186.

Program jaminan kesehatan yang disediakan oleh BPJS dapat mendorong masyarakat miskin lebih fokus dalam memenuhi kebutuhan keluarga mereka meskipun sangat sulit mengangkat stratifikasi sosial mereka. Akses terbatas untuk memperoleh kekuasaan, fasilitas ekonomi dan informasi harus diusahakan sendiri oleh mereka, tetapi dengan hadirnya jaminan sosial ini dapat memberikan ruang gerak kelompok untuk mengusahakan kehidupan mereka ke arah yang lebih baik.

Perubahan stratifikasi sosial masyarakat miskin secara vertikal sulit terjadi. Sama halnya dalam masyarakat industri modern dalam tingkatan tertentu mempunyai tingkat stratifikasi lebih rendah daripada masyarakat agraris. Dalam sistem dunia secara keseluruhan, tingkat stratifikasi telah meningkat, tidak menurun. Jadi kehadiran BPJS memang tidak dapat mengubah stratifikasi masyarakat tertentu, sebagaimana yang dikatakan oleh Sanderson (1993: 283) kelompok status didefinisikan Max Weber sebagai kelompok yang anggotanya memiliki gaya hidup tertentu dan mempunyai tingkat penghargaan sosial dan kehormatan sosial tertentu.²⁴

Sebuah kelompok masyarakat yang terhormat selalu menekankan arti penting akar sejarah yang dijadikan dasar untuk membenarkan kenapa mereka pantas memiliki kedudukan istimewa dalam masyarakat. Seorang keturunan orang kaya, ningrat dalam beberapa hal akan merasa enggan untuk masuk ke kelompok rakyat biasa dan miskin. Kebanyakan dari mereka yang memiliki status terhormat hanya akan memanfaatkan orang miskin sebagai simbol dan seremonial untuk menambah atau mempertahankan status sosial mereka.

BPJS memang tidak dapat menyelesaikan persoalan kemiskinan secara tuntas. Belitan kemiskinan dan pendidikan yang rendah membuat mereka yang berada dalam kehidupan miskin dan akan sukar mendapat pekerjaan yang lebih baik. Kerentanan, kelemahan jasmani, ketidakberdayaan dan isolasi menurut Robert Chambers (1987), seperti dikutip Sanderson,²⁵ merupakan perangkap kemiskinan. Keterbatasan mengakses sumber daya yang disediakan, baik oleh pemerintah dan pihak-pihak lain hanya terbatas dalam informasi bagi masyarakat tertentu pula.

Kemungkinan jaminan sosial dapat tidak berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan stratifikasi sosial masyarakat miskin. Kecenderungan masyarakat miskin dalam persoalan responsnya terhadap perubahan relatif lambat. Pergaulan dan akses sosial kepada golongan menengah dan atas sangat kecil. Ini membuat kelompok

²⁴ *Ibid.*, hlm. 175.

²⁵ *Ibid.*, hlm. 87.

masyarakat tertentu yang hanya mendapatkan fasilitas-fasilitas tersebut bukan masyarakat yang memang seharusnya mendapatkan kesempatan tersebut untuk memperbaiki kehidupannya.

C. Peran BPJS dalam Mendorong Mobilisasi Sosial Masyarakat Miskin

Setiap orang pasti memiliki mimpi untuk memiliki kehidupan yang lebih baik, tidak terkecuali mereka yang sudah memiliki "segalanya". Seperti penelitian yang pernah dilakukan oleh Clifford Geertz (1961) di Pulau Jawa yang menemukan bahwa pada kalangan petani lazim terjadi apa yang disebut involusi pertanian, yakni proses penyerapan tenaga kerja di sektor pertanian yang semakin lama semakin pejal, yang timbul karena sebagai konsekuensi sistem pewarisan tanah.²⁶ Tak jauh berbeda dengan kehidupan sekarang yang ditandai dengan persaingan yang begitu rumit dan ketat, baik di kota ataupun di desa. Pemenuhan kehidupan ekonomi sangat sulit dicapai oleh kebanyakan masyarakat karena persaingan dunia usaha dan lapangan kerja juga semakin kompleks. Akses informasi dan pembagian sumber daya baik dari sektor swasta dan pemerintah membutuhkan kecepatan mendapatkan informasi, dan informasi tersebut tentunya tidak didapatkan dengan mudah.

Kehidupan masyarakat miskin penuh dengan ketidakpastian dan fluktuatif. Pengaruh kenaikan barang-barang kebutuhan sehari-hari tentunya dapat memengaruhi keadaan mereka secara signifikan. Jenis pekerjaan mereka juga sangat berpengaruh terhadap turun naiknya harga, misalnya petani cengkeh, petani garam, petani jeruk, pemulung, petani penggarap/buruh tani, pembuat tahu yang harga jual komoditas tersebut tergantung oleh harga pasar. Jika harga jual barang-barang tersebut jatuh atau harga-harga barang produksi mendadak naik, maka secara otomatis para pekerja miskin akan sangat terpengaruh bahkan dapat menderita.

Jaminan sosial kesehatan yang hadir bersama BPJS berperan dalam proses seseorang untuk mencapai jenjang status sosial yang lebih baik atau bahkan menjadikan orang tersebut bertambah sulit dalam kehidupan sosialnya. Giddens mendefinisikan mobilitas sosial sebagai

²⁶ Sudarso dalam Soetomo, *Masalah Sosial, "Dan Upaya Penyelesaiannya"*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2010), hlm. 207.

*the movement of individuals and groups between different socioeconomic.*²⁷

Pergerakan seseorang dan kelompok diantara kelompok sosial ekonomi yang berbeda.

Lipset dan Bendix mengatakan hal yang sama bahwa "*social mobility refers to the process by which by general consent have been given specific hierarchical values*".²⁸ Perpindahan posisi satu ke posisi lain dalam masyarakat di mana posisi tersebut telah diberikan nilai hierarkis tertentu secara khusus berdasarkan kesepakatan masyarakat memiliki dua kemungkinan, yaitu ke atas atau ke bawah, lebih baik atau bisa menjadi buruk.²⁹

Seberapa jauh seseorang dapat berpindah dari skala sosial tertentu dalam kehidupan sosial ekonominya? Seperti misalnya seorang anak yang lahir dalam situasi tertentu baik secara sosial ataupun ekonomi dapat naik ataupun turun. Tetapi naik turunnya mobilitas sosial seseorang atau sekelompok orang ditentukan juga oleh kekakuan dan keluwesan struktur sosial di mana orang itu hidup.³⁰

Dalam kehidupan masyarakat modern, kemungkinan untuk menjadi sukses sangat tergantung pada kemauan dan kerja keras seseorang. Meskipun begitu, dari banyak orang yang bekerja keras hanya sedikit saja yang sukses. Sebenarnya kerja keras selalu dilakukan oleh mereka yang miskin. Bayangkan saja jika seseorang buruh pasar, petani penggarap, atau bahkan pemulung tidak bekerja keras dalam kesehariannya, tentunya mereka tidak akan mendapatkan uang yang memang hanya cukup untuk makan satu-dua hari saja.

Kekuatan sosial ekonomi berada pada lapisan atas piramida. Akses terhadap lapisan atas hanya dimiliki orang-orang tertentu saja yang memiliki kekuasaan, status sosial dan kesejahteraan. Jumlah kelompok tersebut sangat kecil jika dibandingkan dengan mereka yang berada dalam stratifikasi sosial bawah. Kelompok atas akan mempertahankan keadaan tersebut untuk kepentingan keluarga dan kawan dekat yang memiliki status sosial yang sama pula.

Fenomena mobilitas menurut Sorokin (1959), seperti dikutip Pattinasarany, harus dilihat pada fenomena kolektif (metabolisme sosial) daripada menaruh perhatian kepada fenomena individu. Konsekuensi-

²⁷ Lihat Anthony Giddens, *Sociology* (Cambridge: Polity Press, 1997), hlm. 263.

²⁸ Lipset dan Bendix, *Social Mobility in Industrial Society* (California: University of California Press, Barkley , 1966), hlm. 2.

²⁹ Indera R. I. Pattinasarany, Desartasi, "Mobilitas Sosial Vertikal Antar Generasi: Kajian terhadap Masyarakat Kota di Provinsi Jawa Barat dan Jawa Timur" (Jakarta: Universitas Indonesia, 2012), hlm. 22.

³⁰ *Ibid.*, hlm. 209.

konsekuensi akibat perubahan-perubahan tersebut secara berbeda ditemukan di antara kelompok-kelompok sosial dalam struktur sosial.³¹ Karenanya, mobilitas sosial perlu menangkap dua fenomena penting, yaitu peningkatan atau penurunan sebuah kelompok secara keseluruhan, dan peningkatan dan penurunan stratifikasi dalam sebuah kelompok.

BPJS sebagai hadiah untuk masyarakat Indonesia memang diharapkan dapat memberikan kesejahteraan dan kehidupan lebih baik, terutama bagi mereka yang memang dalam keberadaannya serba kekurangan. Tentunya peran Pemerintah dalam menyukseskan program jaminan kesehatan (BPJS Kesehatan) sangat signifikan. Bantuan pembayaran iuran untuk masyarakat yang membutuhkan dan pemberian fasilitas kesehatan dasar membuka berbagai peluang bagi setiap orang yang ada di strata bawah.

Beban masyarakat atau keluarga miskin terhadap fasilitas kesehatan akan berkurang karena jaminan ketersediaan dari BPJS. Beban biaya yang harus disiapkan (atau bahkan pinjaman tak terduga kepada rentenir) untuk berobat dapat dikurangi dengan adanya BPJS. Hal ini membuat masyarakat atau keluarga miskin lebih fokus melakukan hal lain untuk lebih meningkatkan kehidupan perekonomian mereka, memenuhi kebutuhan pendidikan bagi putra-putri mereka kejenjang pendidikan yang lebih tinggi, atau bahkan menyekolahkan anak mereka ke sekolah-sekolah kejuruan yang siap kerja.

Kesempatan untuk melakukan mobilisasi secara vertikal tentunya terbuka dengan lebar. Lingkungan yang memiliki kelonggaran dan keketatan struktur sosial tentu sangat berpengaruh dalam mendorong kemajuan keluarga atau individu dalam melakukan pergerakannya.³² Sebenarnya, dalam kelompok atau keluarga miskin, keinginan untuk mengubah kehidupan perekonomian mereka ke arah yang lebih baik sudah menjadi keinginan dasar mereka dalam mencari kehidupan dan penghidupan. Paling tidak kemudahan-kemudahan tersebut sudah disediakan oleh pemerintah, mulai dari sekolah gratis dengan program BOS sampai dengan beasiswa dari pemerintah dan swasta untuk anak yang berprestasi.

Untuk mengubah diri mereka dari derajat tertentu ke derajat yang lebih baik (*vertical social mobility*) cara yang paling memungkinkan terjadi adalah memberikan dan memperjuangkan anak-anak mereka untuk menyelesaikan pendidikannya sampai jenjang tertinggi. Tentunya dengan program jaminan kesehatan, orang tua dapat fokus terhadap

³¹ *Ibid.*, hlm. 24.

³² Lihat Soedjatmoko (1985), dalam Sudarso, *op. cit.*, hlm. 209.

pekerjaannya dan anak-anak dapat melakukan kegiatan pendidikan dengan baik, sehingga proses belajar tidak terganggu lagi dengan persoalan kesehatan dan gizi anak.

Dengan begitu mobilisasi sosial antargenerasi diharapkan akan tercapai, memberikan status sosial baru kepada generasi/anak mereka. Harapan besar dari jaminan sosial kesehatan (BPJS Kesehatan) dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah tercapainya rakyat yang sehat, yaitu memberikan kesempatan bagi seluruh kelompok masyarakat untuk menjadi sehat dan mampu bersaing guna mencapai kehidupan yang lebih baik, dan meningkatkan status keluarga. Salah satu caranya adalah melalui pendidikan formal atau nonformal.

Pattinasarany menyetujui pendapat Blau dan Duncan (Karabel dan Halsey, 1979) mengenai pentingnya pendidikan sebagai motor mobilitas sosial. Penelitian Blau dan Duncan tersebut menemukan bahwa *pertama*, terjadi pergerakan umum dalam masyarakat industri dari pencapaian status yang askripsi ke prestasi, *kedua*, keberhasilan individu dipengaruhi oleh latar belakang sosial, tetapi pencapaian pendidikan memainkan peranan yang lebih besar. Argumentasi mereka adalah ketimpangan status sosial dalam masyarakat industri modern lebih merupakan hasil dari perbedaan pencapaian prestasi individu daripada latar belakang sosial. *Ketiga*, mobilisasi vertikal cenderung naik yang berupa perubahan dari pekerja kerah biru ke kerah putih.³³

Dalam sumber yang sama, Sujatmiko (1996) melakukan penelitian pola mobilitas okupasi antargenerasi, dan faktor-faktor yang memengaruhi mobilitas okupasi antargenerasi. Sujatmiko menemukan bahwa kesempatan untuk naik pada lapisan bawah-bawah cukup besar walaupun mayoritas merupakan mobilitas vertikal ke atas jarak pendek (artinya, mencapai lapisan bawah atas). Dan faktor pendidikan memainkan peranan penting dalam mobilisasi okupasi antargenerasi, atau dapat dikatakan bahwa pendidikan merupakan sarana mobilitas sosial selain kemajuan usaha dan teknologi serta urbanisasi yang juga merupakan sarana mobilitas sosial yang juga menjadi perhatian setiap individu dari kelas bawah untuk dapat bekerja pada tingkatan tertentu dalam dunia pekerjaan.³⁴

Tugas pemerintah dalam mempersiapkan mobilisasi sosial masyarakat (khususnya masyarakat miskin) sangatlah berat. Selain menyediakan infrastruktur yang baik dan terjangkau masyarakat, baik jarak dan fasilitasnya, memberikan pendampingan dan menyediakan

³³ Indera, R. I. Pattinasarany, *op. cit.*, hlm. 37.

³⁴ Lihat juga, Claire Crawford, *et al.*, *op. cit.*, hlm. 3.

program-program pendidikan tentang kesehatan juga menjadi pekerjaan rumah pemerintah pusat dan daerah. Kebijakan pemerintah yang terintegrasi satu dengan lainnya akan sangat membantu terwujudnya program jaminan kesehatan guna memberikan kesempatan kepada masyarakat miskin untuk berusaha mencapai kehidupan yang lebih baik.

Pengetahuan tentang kesehatan di masyarakat, khususnya mereka yang belum mengetahui dan tidak memiliki pengetahuan yang cukup mengenai hal tersebut, menjadi tugas penting dan wajib bagi pemerintah dan masyarakat luas untuk memberikan pendidikan tentang kesehatan.

D. Kesimpulan

Perubahan paradigma yang diamanatkan dalam UU BPJS harus dilakukan secara sistematis dalam penyelenggaraan program jaminan sosial terutama terkait kesiapan seluruh *stakeholders* dari pemerintah pusat sampai daerah. Peranan pemerintah dalam melaksanakan program jaminan sosial tentunya harus didukung oleh pihak swasta sebagai mitra dalam membangun kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Mengingat keterbatasan fasilitas yang dimiliki pemerintah, pembangunan fasilitas kesehatan di setiap kelurahan/desa sangat diperlukan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang berada jauh dari pusat kota.

Kesiapan dan pengawasan bagi tim verifikasi peserta yang menerima bantuan iuran peserta yang dibayarkan pemerintah harus dilaksanakan dengan cermat dan teliti, sehingga pelayanan jaminan sosial tepat sasaran. Menetapkan jenis-jenis pekerjaan yang menjadi prioritas pembayaran iurannya dari pemerintah tentunya berpengaruh juga dalam menentukan Penerima Bantuan Iuran. Selain juga perlu dilakukan sosialisasi implementasi BPJS Kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat.

Kemampuan BPJS dalam mengubah stratifikasi masyarakat tentunya diharapkan dapat memberikan motivasi kepada masyarakat miskin dalam usahanya untuk memperbaiki kehidupan perekonomiannya. Masyarakat miskin juga diharapkan mampu meningkatkan stratanya dan memberikan kesempatan kepada generasi berikutnya untuk melakukan mobilisasi sosial yang lebih baik bagi kehidupan keluarganya dan lingkungan masyarakatnya.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Crawford, Clair, et al. 2011. *Social Mobility: A Literature Review*. London: Departemen for Business Innovation & Skills.
- Giddens, Anthony. 1997. *Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Narwoko, J. Dwi dan Suyanto, Bagong (Editor). 2004. *Sosiologi, Teks Pengantar dan Terapan*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Pattinasarany, Indera R. I. 2012. *Desertasi, Mobilitas Sosial Vertikal Antar Generasi: Kajian terhadap Masyarakat Kota di Provinsi Jawa Barat dan Jawa Timur*. Depok: Universitas Indonesia.
- Sanderson, Stephen K. 2000. *Makro Sosiologi, Sebuah Pendekatan terhadap Realitas Sosial*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Situmorang, Chazali H. 2013. *Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia, Transformasi BPJS: "Indahnya Harapan Pahitnya Kegagalan"*. Depok: Cinta Indonesia.
- Soetomo. 2010. *Masalah Sosial, "Dan Upaya Penyelesaiannya"*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Situs

- "Jumlah Penduduk Miskin Maret 2013 Mencapai 28,07 Juta Orang," <http://www.bps.go.id/?news=1023>, diakses 21 Juli 2013.
- "Tahun 2019 Seluruh Rakyat Terjamin Asuransi Kesehatan," <http://health.kompas.com/read/2013/01/16/21201619>, diakses 22 Juli 2013.
- "Hukum Kesehatan," <http://www.hukor.depkes.go.id/?art=45>, diakses 23 Juli 2013.
- "Anggaran Minim, Kemenkeu Pangkas Jumlah Peserta BPJS Kesehatan," <http://www.merdeka.com/uang>, diakses 26 Agustus 2013.
- "Jaminan Kesehatan Masyarakat," <http://jdih.bpk.go.id/wp-content/uploads/2012/02/Tulisan-hukum-Jamkesmas1.pdf>, diakses 24 Juli 2013.
- "6 Masalah dalam Program Jamkesmas," <http://lipsus.kompas.com/grammyawards/read/2009/03/03/17512891>, diakses 23 Juli 2013.



BAB VI

SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN DALAM MENDUKUNG CAKUPAN JAMINAN KESEHATAN SEMESTA

Rahmi Yuningsih¹

Manusia hidup dengan berbagai kebutuhan termasuk kebutuhan dasar yang menjadi suatu keharusan untuk dipenuhi agar tetap bertahan. Dalam teori kebutuhan dasar manusia yang dicetuskan oleh Maslow pada tahun 1970, kebutuhan dasar untuk merasa aman menjadi hierarki kedua setelah kebutuhan fisiologis.² Kebutuhan rasa aman adalah suatu kondisi yang kondusif untuk menjalankan aktifitas sehari-hari yang bebas dari rasa ketakutan dan kekhawatiran. Salah satu kebutuhan rasa aman adalah terjaminnya pembiayaan pelayanan kesehatan manakala kondisi tubuh sedang sakit. Sakit merupakan kondisi yang tidak terduga, dan dengan adanya jaminan kesehatan, pada saat sakit tidak perlu merasa khawatir akibat besarnya biaya pengobatan dikarenakan telah adanya jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan tersebut selain memberikan rasa aman kepada diri sendiri juga memberikan rasa aman kepada keluarga.

¹ Penulis adalah Peneliti Bidang Kesehatan Masyarakat di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI. E-mail: rahmi.yuningsih@dpr.go.id dan rahmi.yuningsih@yahoo.com.

² Tarwoto dan Wartonah, *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* (Jakarta: Penerbit Salemba Medika, 2004). hlm. 5.

Saat ini, biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan semakin besar dan semakin memberatkan masyarakat dikarenakan semakin banyak dan rumitnya penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, semakin banyaknya peralatan dan perbekalan kesehatan yang digunakan, semakin banyak dan bervariasi jenis penyakit, semakin gencarnya pemasaran unit pelayanan kesehatan yang bahkan memunculkan *supply induced demand* (penawaran kepada masyarakat lebih banyak daripada permintaan pelayanan itu sendiri). Kenaikan biaya juga disebabkan gaya hidup yang semakin menuntut pelayanan kesehatan yang bersifat kosmetik seperti bedah plastik. Kenaikan juga dikarenakan persaingan antara penyedia pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan eksklusif bagi kelompok masyarakat tertentu.

Pembayaran kesehatan yang masih bersifat *fee for services* di mana pembayaran pelayanan kesehatan secara langsung atau tunai berdasarkan pelayanan yang diberikan memunculkan kecenderungan pelayanan yang tidak dibutuhkan juga dimasukkan ke dalam pembayaran. Cara pembayaran *fee for services* dipandang tidak efisien dan sangat memberatkan masyarakat serta dapat menjauhkan masyarakat dari pelayanan yang dibutuhkan.³ Dengan cara pembayaran tersebut, masyarakat mengikuti pelayanan yang diberikan unit pelayanan kesehatan walaupun ada kecenderungan pelayanan tersebut tidak terlalu dibutuhkan dalam pengobatannya. Selain itu, pembayaran tradisional seperti pembayaran langsung dari kantong konsumen (*out of pocket*) memberatkan masyarakat karena biaya yang harus dibayar terlalu besar.⁴

Kondisi di atas mendorong masyarakat untuk bergabung ke dalam suatu jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dan swasta dengan sistem pembayaran yaitu *Indonesia Diagnosis Related Groups* (INA-DRGs). INA-DRGs adalah model pembiayaan kesehatan di mana standar baku tarif pelayanan rumah sakit dalam bentuk paket yang disusun berdasarkan diagnosis penyakit, kelas perawatan dan tipe rumah sakit. Hal ini pertama kali diberlakukan dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) tahun 2008.⁵

³ Hapsara Habib Rachmat, *Pembangunan Kesehatan di Indonesia: Prinsip Dasar, Kebijakan, Perencanaan dan Kajian Masa Depan* (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2004), hlm. 27.

⁴ Wiku Adisasmito, *Sistem Kesehatan* (Jakarta: PT RajaGrafindo Persada, 2008), hlm. 103.

⁵ "Mulai Juli, RS Rujukan Jamkesmas Wajib Pakai Tarif Paket", http://www.pjpk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=102, diakses 7 Februari 2013.

Dari jumlah penduduk Indonesia tahun 2010 yang berjumlah 237 juta jiwa,⁶ sebanyak 63 persen penduduk telah mengikuti jaminan kesehatan yang terdiri dari 32,37 persen Jamkesmas, 7,36 persen Askes PNS dan TNI Polri, 2,05 persen Jamsostek, 6,50 persen asuransi perusahaan, 1,21 persen asuransi swasta dan 13,52 persen Jamkesda.⁷ Dari data di atas, belum seluruh masyarakat terlindungi jaminan kesehatan. Untuk mencakup semua masyarakat, Pemerintah bersama Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR-RI) membuat suatu skema jaminan sosial yang mencakup jaminan kesehatan, jaminan kematian, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kecelakaan kerja dalam suatu peraturan yaitu UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disebut UU SJSN). SJSN merupakan suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Prinsip SJSN yaitu berupa kegotong-royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepersertaan bersifat wajib, amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial digunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.⁸ Kepersertaan yang bersifat wajib untuk seluruh penduduk mengharuskan SJSN menyediakan pelayanan yang bersifat holistik.

Dengan adanya mekanisme SJSN, untuk jaminan pelayanan kesehatan, tahun 2014 ditargetkan akan ada sebanyak 71 persen masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan yaitu penambahan sekitar delapan persen peserta Jamkesmas. Sisanya ditargetkan pada tahun 2015. Sehingga pada tahun 2019 jaminan kesehatan untuk semua penduduk dapat dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).⁹ BPJS, menurut UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.¹⁰

Jaminan kesehatan perlu dibangun untuk dapat mengatasi ketidakadilan dan sekaligus membenahi ketidakmampuan sistem pelayanan kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan

⁶ Badan Pusat Statistik, "Penduduk Indonesia Menurut Provinsi 1971, 1980, 1990, 1995, 2000 dan 2010", <http://www.bps.go.id>, diakses 5 Februari 2013.

⁷ Kementerian Kesehatan, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010* (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2011), hlm. 164.

⁸ Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 1 dan Pasal 4.

⁹ Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019* (Jakarta: Kemkokesra, 2012), hlm. 58.

¹⁰ Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 1.

yang semakin rumit dan mahal. SJSN dalam bidang kesehatan harus mencakup aspek holistik atau cakupan pelayanan kesehatan semesta baik dalam hal regulasi, kepesertaan, manfaat dan iuran, pelayanan kesehatan, keuangan dan kelembagaan organisasi.¹¹ Salah satunya adalah peningkatan pelayanan kesehatan yang mendukung terselenggaranya jaminan kesehatan. Kondisi pelayanan kesehatan saat ini tidak terorganisir. Masyarakat dapat bebas memilih unit pelayanan kesehatan seperti bebas berobat di puskesmas, balai kesehatan masyarakat, balai pengobatan umum dan berbagai jenis rumah sakit. Padahal dalam pengorganisasian pelayanan kesehatan, telah ada mekanisme jenjang pemberian pelayanan kesehatan atau yang biasa disebut sistem rujukan pelayanan kesehatan. Dengan sistem rujukan, akan memudahkan pelaksanaan pelayanan jaminan kesehatan sosial.

Pelayanan kesehatan merupakan subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN) selain subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan dan malam

3. Bagaimana sistem rujukan pelayanan kesehatan dalam mendukung cakupan jaminan kesehatan semesta?

Sedangkan tujuan dari tulisan ini adalah memberikan gambaran konsep cakupan jaminan kesehatan semesta, memberikan gambaran mengenai kondisi rujukan pelayanan kesehatan saat ini dan mengetahui sistem rujukan pelayanan kesehatan dalam mendukung cakupan jaminan kesehatan semesta.

A. Cakupan Jaminan Kesehatan Semesta

Mempromosikan dan melindungi kesehatan masyarakat merupakan hal yang sangat penting untuk mewujudkan masyarakat yang sejahtera dan membangun kondisi sosial ekonomi yang kondusif. Hal ini diakui lebih dari 30 tahun yang lalu oleh Penandatangan Deklarasi Alma-Ata, yang mencatat bahwa kesehatan untuk semua akan berkontribusi untuk kualitas hidup yang lebih baik dan juga untuk perdamaian dan keamanan global. Tidak mengherankan, masalah kesehatan menjadi salah satu prioritas tertinggi selain masalah ekonomi seperti pengangguran, rendahnya upah dan tingginya biaya hidup. Akibatnya, kesehatan sering menjadi isu politik di mana pemerintah mencoba untuk memenuhi harapan rakyat.

Menyadari hal ini, pada tahun 2005 negara-negara anggota WHO berkomitmen untuk mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan sehingga semua orang memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan dan tidak mengalami kesulitan keuangan ketika membayar pelayanan kesehatan. Sistem tersebut didefinisikan sebagai cakupan universal atau cakupan jaminan kesehatan semesta. Cakupan jaminan kesehatan semesta merupakan sistem kesehatan di mana setiap masyarakat di dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang bermutu dan dibutuhkan dengan biaya yang terjangkau. Cakupan jaminan kesehatan semesta mengandung tiga elemen yaitu bagaimana pembiayaan sistem kesehatan, bagaimana dapat melindungi masyarakat dari konsekuensi sakit dan konsekuensi keuangan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dan bagaimana mengoptimalkan sumber daya yang ada.

Cakupan jaminan kesehatan semesta didefinisikan sebagai penyediaan pelayanan kesehatan untuk semua individu tanpa membedakan jenis kelamin, ras, wilayah, umur, status kesehatan, tingkat sosial dan ekonomi. Tujuan cakupan jaminan kesehatan semesta adalah menjamin semua masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan keuangan pada saat membayar pelayanan kesehatan. Beberapa faktor yang perlu diperhatikan dalam menerapkan cakupan jaminan kesehatan semesta pada suatu negara antara lain:

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

Untuk memastikan penerapan cakupan jaminan kesehatan semesta di negara-negara yang belum melakukannya, maka diperlukan upaya untuk meningkatkan sistem pembayaran pra-upaya (*prepaid system*) dan mengurangi ketergantungan pada pembayaran pelayanan kesehatan secara langsung (*direct payment, out of pocket* dan *fee for services*). Hal ini dapat dilakukan dengan mengembangkan lebih luas dan merata sistem berbasis pajak (*taxed-based system*), sistem asuransi kesehatan sosial (*Social Health Insurance* atau SHI) atau campuran dari keduanya.

Cakupan jaminan kesehatan semesta berarti pemerataan akses dan perlindungan risiko keuangan. Didasarkan pada gagasan keadilan dalam pembiayaan, yaitu bahwa orang-orang berkontribusi atas dasar kemampuan untuk membayar bukan berdasarkan apakah mereka

jatuh sakit atau tidak. Ini berarti bahwa sumber utama dana kesehatan harus berasal dari kontribusi pra-pembayaran dan dikumpulkan bukan dari biaya atau biaya dikenakan pada saat seseorang jatuh sakit dan mengakses pelayanan kesehatan.

Negara-negara yang telah mencapai cakupan jaminan kesehatan semesta telah mengembangkan sistem pembayaran di muka yang umumnya berupa sistem berbasis pajak, sistem asuransi kesehatan sosial atau campuran dari keduanya. Dalam sistem berbasis pajak, pendapatan pajak merupakan sumber utama pendanaan, dan dana yang tersedia digunakan oleh pemerintah untuk menyediakan atau membeli pelayanan kesehatan.

Dalam sistem asuransi kesehatan sosial, kontribusi berasal dari pekerja, wiraswasta, perusahaan dan pemerintah. Kontribusi yang diberikan dari semua kontributor dikumpulkan dan layanan yang disediakan hanya bagi mereka yang membutuhkannya. Risiko keuangan yang terkait dengan kesehatan yang buruk dalam populasi secara keseluruhan dibagi oleh semua kontributor, dan dana dikumpulkan melakukan fungsi asuransi.

Dalam sistem berbasis pajak, mekanisme asuransi terlihat secara implisit (pada umumnya, masyarakat tidak mengetahui berapa banyak pajak yang berkontribusi untuk mendanai layanan kesehatan) sedangkan pada sistem asuransi kesehatan sosial mekanisme asuransi terlihat secara eksplisit (secara umum, masyarakat mengetahui berapa yang mereka bayar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan).

Diperlukan beberapa tahun untuk melakukan transisi cakupan jaminan kesehatan semesta pada negara-negara yang belum menerapkan cakupan jaminan kesehatan semesta. Pada awalnya, transisi cakupan jaminan kesehatan semesta tidak lengkap. Kelompok masyarakat miskin seringkali yang paling mungkin harus dilindungi. Ada ketergantungan yang tinggi pada sistem pembiayaan langsung yang harus dikeluarkan oleh suatu rumah tangga dalam membayar pelayanan kesehatan yang telah diterima. Pada tahap ini diperlukan upaya untuk transisi dari pembayaran langsung tersebut menjadi pembayaran pra-upaya dengan menggabungkan keduanya terlebih dahulu untuk melindungi orang dari risiko keuangan sambil memastikan dana telah cukup tersedia untuk menyediakan layanan dengan sistem pra-upaya. Selanjutnya pembiayaan secara langsung yang berasal dari rumah tangga akan hilang dan mulai terlaksananya sistem pembayaran pra-upaya secara menyeluruh

baik melalui sistem berbasis pajak, sistem asuransi kesehatan sosial (SHI) atau campuran dari keduanya sehingga tujuan cakupan jaminan kesehatan semesta tercapai.¹⁵

Indonesia merupakan salah satu negara yang sedang dalam masa transisi menuju sistem pelayanan kesehatan universal. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mewajibkan setiap warga di Indonesia memiliki akses mendapatkan jaminan sosial yang dibutuhkan yaitu jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Dengan mekanisme pembayaran yaitu setiap orang (termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia yang telah membayar iuran) wajib membayar iuran yang besarnya berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu. Namun untuk fakir miskin dan orang yang tidak mampu pembayaran iurannya diserahkan pada pemerintah.¹⁶ Jaminan kesehatan tersebut berdasarkan prinsip asuransi sosial sehingga meminimalkan pembayaran langsung atau *out of pocket* dari masyarakat pada saat mendapatkan pelayanan kesehatan.

B. Kondisi Rujukan Pelayanan Kesehatan Saat Ini

Saat ini terdapat berbagai macam model pembayaran pengobatan seperti pembayaran langsung dari kantong konsumen (*out of pocket*), asuransi kesehatan baik yang diselenggarakan pemerintah maupun swasta dan jaminan kesehatan masyarakat yang diselenggarakan pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Banyaknya sistem pembayaran ini membuat sistem rujukan pelayanan kesehatan belum seragam dan belum optimal. Dengan sistem pembayaran *out of pocket*, pasien cenderung memilih sendiri fasilitas pelayanan kesehatan manakala membutuhkan pertolongan pengobatan. Masyarakat dapat memperoleh pengobatan di puskesmas, klinik ataupun rumah sakit. Pemilihan fasilitas pelayanan tersebut bersifat subjektif berdasarkan penilaian individu, pengalaman pribadi, pengalaman orang lain, promosi, dan lainnya. Sehingga dalam sistem *out of pocket* sistem rujukan pelayanan kesehatan belum berjalan.

¹⁵ G. Carrin, et al. *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System* (Jenewa: WHO, 2005), hlm. 4.

¹⁶ Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 1, Pasal 18 dan Pasal 21.

Model pembiayaan kesehatan yang dilakukan masyarakat masih banyak yang menggunakan model klasik. Sekitar 70 persen masih menggunakan model pembayaran dari kantong sendiri (*out of pocket*) di mana masyarakat membayar jasa pelayanan kesehatan secara langsung dengan menggunakan uang dari kantong sakunya sendiri sementara penyedia pelayanan kesehatan dibayar dengan sistem *fee for services*. Namun terdapat beberapa kelemahan jika menggunakan model tersebut, yaitu:

1. Memiliki independensi pada kondisi keuangan individu atau keluarga.
2. Rawan menimbulkan inefisiensi dan inefektivitas dalam pembiayaan kesehatan.
3. Merangsang penyedia pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan berlebihan dengan dasar motivasi ekonomi (menaikkan pendapatan).
4. Kecenderungan memberikan pelayanan medik dari kasus ke kasus yang memberikan keuntungan paling besar.
5. Kecenderungan meningkatkan inflasi pelayanan kesehatan.
6. Kesulitan menyusun anggaran kesehatan.¹⁷

Sedangkan pada sistem asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan masyarakat, sistem rujukan sangat bergantung pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan pihak penyelenggara asuransi kesehatan maupun jaminan kesehatan masyarakat. Untuk asuransi kesehatan yang diselenggarakan pemerintah dan jaminan kesehatan masyarakat, sistem rujukan berjalan dari puskesmas ke rumah sakit milik pemerintah baik pusat maupun daerah.

Pemerintah telah mengatur sistem rujukan pelayanan kesehatan sebagaimana yang tertera pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Dalam peraturan tersebut, disebutkan bahwa pelayanan kesehatan diselenggarakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama sampai tingkat ketiga. Pelayanan kesehatan tingkat pertama atau tingkat dasar diberikan oleh dokter dan dokter gigi di puskesmas, puskesmas perawatan, tempat praktik perorangan, klinik pratama, klinik umum di balai atau lembaga pelayanan kesehatan dan rumah sakit pratama.

Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialistik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan

¹⁷ Dedi Suratman dan Eko Prasetyo, *Bisnis Orang Sakit* (Yogyakarta: Resist Book, 2010), hlm. 6–7.

atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Sedangkan pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan spesialis yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama. Peraturan ini mencakup semua model pembayaran baik jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, asuransi kesehatan komersil dan setiap orang yang bukan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial.

Selanjutnya, dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit menurut UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Rumah sakit umum terdiri atas:

1. Rumah sakit umum kelas A yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 5 spesialis penunjang medik, 12 spesialis lain dan 13 spesialis.
2. Rumah sakit umum kelas B yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 4 spesialis penunjang medik, 8 spesialis lain dan 2 spesialis dasar.
3. Rumah sakit umum kelas C yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar dan 4 spesialis penunjang medik.
4. Rumah sakit umum kelas D yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 spesialis dasar.

Sedangkan rumah sakit khusus terdiri atas:

1. Rumah sakit khusus kelas A yaitu rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik spesialis sesuai kekhususan yang lengkap.
2. Rumah sakit khusus kelas B yaitu rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik spesialis sesuai kekhususan yang terbatas.
3. Rumah sakit khusus kelas C yaitu rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik spesialis sesuai kekhususan yang minimal.¹⁸

¹⁸ Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pasal 24.

Dalam menjalankan sistem rujukan, rumah sakit di Indonesia tiap tahunnya mengalami peningkatan dalam segi jumlah. Tahun 2010 terdapat 1.632 rumah sakit baik yang dikelola oleh kementerian kesehatan, pemerintah daerah, TNI/POLRI, BUMN, kementerian lain dan swasta. dari jumlah tersebut, sebanyak 51 persen merupakan rumah sakit milik swasta. Berikut ini merupakan tabel jumlah rumah sakit:

Tabel 1.

Peningkatan Jumlah Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus di Indonesia Tahun 2006–2010

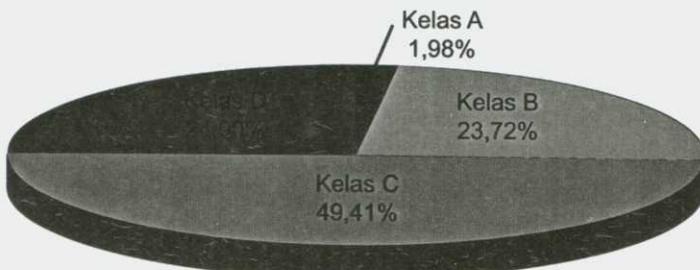
No.	Pengelola/ Kepemilikan	2006	2007	2008	2009	2010
1.	Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota	464	477	509	552	585
2.	TNI/POLRI	112	112	112	125	131
3.	BUMN/Kementerian lain	78	78	78	78	78
4.	Swasta	638	652	673	768	838
Jumlah		1.292	1.319	1.372	1.523	1.632

Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2010.

Sedangkan untuk rumah sakit umum yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan dan pemerintah daerah menunjukkan bahwa sebagian besar rumah sakit tersebut tergolong pada rumah sakit umum kelas C. Dari 506 rumah sakit umum yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan dan pemerintah daerah, terdapat 250 unit (49,41 persen) kelas C, 126 unit (24,90 persen) kelas D, 120 unit (23,72 persen) kelas B dan 10 unit (1,98 persen) kelas A. Sepuluh rumah sakit umum kelas A milik Kementerian Kesehatan dan pemerintah daerah yang terdapat di sembilan kota yaitu Medan, Palembang, Jakarta, Bandung, Semarang, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar dan Makassar.

Berikut ini merupakan gambar persentase rumah sakit umum yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan dan pemerintah daerah menurut kelas pada tahun 2010:

Gambar 1.
Persentase Rumah Sakit Umum Milik Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah Menurut Kelas Tahun 2010



Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2010.

C. Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan dalam Mendukung Cakupan Jaminan Kesehatan Semesta

Sistem pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kedokteran (*medical services*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*). Pelayanan kedokteran mencakup pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif atau pengobatan dan rehabilitatif dengan fokus pada individu. Sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat mencakup pelayanan kesehatan yang bersifat preventif atau pencegahan dan ~~praktis dengan fokus pada suatu komunitas atau masyarakat~~.¹⁹ Sistem pelayanan kesehatan tersebut diselenggarakan pada unit fasilitas pelayanan kesehatan dengan sistem jenjang atau rujukan. Dengan sistem yang berjenjang tersebut, masyarakat akan tertata dalam hal upaya mendapatkan pelayanan kesehatan. Pasien tidak langsung mendatangi rumah sakit dengan pelayanan spesialis tertentu namun tertata dari jenjang yang lebih rendah seperti puskesmas, dokter keluarga dan balai pengobatan umum. Jika dibutuhkan mendapatkan pelayanan kesehatan lebih lanjut atau lebih spesifik, dapat dirujuk ke unit pelayanan kesehatan di atasnya dalam sistem rujukan pelayanan kesehatan. Hal ini akan menghemat biaya, waktu, dan tenaga. Dari segi kedokteran, sistem rujukan bermanfaat pada penanganan kasus yang memang benar-benar kasus rujukan yang menjadi bidang pelayanan spesialis dan subspesialis. Oleh karena itu, sistem rujukan pelayanan kesehatan akan

¹⁹ Soekidjo Notoatmodjo, *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni* (Jakarta: Rineka Cipta, 2007), hlm. 98–99.

mempermudah penerapan SJSN. Cakupan jaminan kesehatan membatasi masyarakat untuk tidak memilih dan menggunakan pelayanan kesehatan publik dan privat tanpa adanya sistem rujukan.²⁰

Kesehatan atau sehat-sakit adalah suatu yang kontinum dimulai dari sehat walafiat sampai dengan sakit parah. Kesehatan seseorang berada dalam bentang tersebut. Demikian pula 'sakit' ini juga mempunyai beberapa tingkat atau gradasi. Sakit secara umum dapat dibagi dalam tiga tingkat, yakni sakit ringan (*mild*), sakit sedang (*moderate*) dan sakit parah (*severe*). Dengan ada tiga gradasi penyakit ini maka menuntut bentuk pelayanan kesehatan yang berbeda pula. Untuk penyakit ringan tidak memerlukan pelayanan canggih. Namun sebaliknya, untuk penyakit yang sudah parah tidak cukup hanya dengan pelayanan yang sederhana saja, melainkan memerlukan pelayanan yang sangat spesifik. Oleh sebab itu, perlu dibedakan adanya tiga bentuk pelayanan, yakni:

1. **Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*).** Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Oleh karena jumlah kelompok ini di dalam suatu populasi sangat besar (lebih kurang 85 persen), pelayanan yang diperlukan oleh kelompok ini bersifat pelayanan kesehatan dasar (*basic health services*) atau juga merupakan pelayanan kesehatan primer atau utama (*primary health care*). Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Balai Kesehatan Masyarakat.
2. **Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health services*).** Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk layanan ini misalnya Rumah Sakit Tipe C dan D, dan memerlukan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.
3. **Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health services*).** Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan skunder. Pelayanan sudah kompleks dan memerlukan tenaga-tenaga super spesialis. Contoh di Indonesia: Rumah Sakit Tipe A dan B.

²⁰ Randolph W. Hall, *Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery* (New York: Springer Science+Business Media, 2006), hlm. 155.

Dalam suatu sistem pelayanan kesehatan, ketiga strata atau jenis pelayanan tersebut tidak berdiri sendiri-sendiri namun berada dalam suatu sistem, dan saling berhubungan. Apabila pelayanan kesehatan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer, maka ia menyerahkan tanggung jawab tersebut ke tingkat pelayanan di atasnya, demikian seterusnya. Penyerahan tanggung jawab dari satu pelayanan kesehatan ke pelayanan kesehatan yang ini disebut rujukan. Secara lengkap dapat dirumuskan sistem rujukan ialah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (dari unit yang lebih mampu menangani) atau secara horizontal (antara unit-unit yang setingkat kemampuannya).

Dari batasan tersebut dapat dilihat bahwa hal yang dirujuk bukan hanya pasien saja, tetapi juga masalah-masalah kesehatan lain, teknologi, sarana, bahan-bahan laboratorium, dan sebagainya. Di samping itu, rujukan tidak berarti berasal dari fasilitas yang lebih rendah ke fasilitas yang lebih tinggi, tetapi juga dapat dilakukan di antara fasilitas-fasilitas kesehatan yang setingkat. Secara garis besar rujukan dibedakan menjadi dua, yakni:

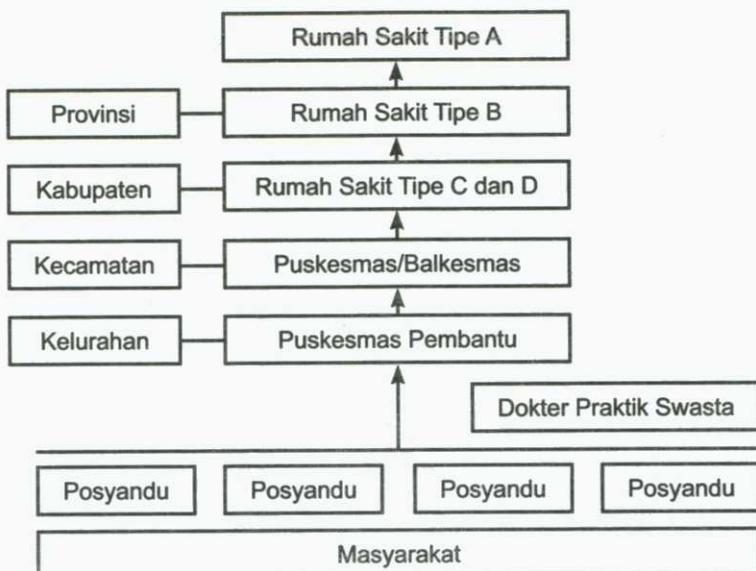
1. Rujukan Medik. Rujukan ini berkaitan dengan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan pasien. Di samping itu juga mencakup rujukan pengetahuan (konsultasi medis) dan bahan-bahan pemeriksaan.
2. Rujukan Kesehatan Masyarakat. Rujukan ini berkaitan dengan upaya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promosi). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional.²¹

Dalam konteks cakupan jaminan kesehatan semesta, pada strata pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat dibentuk konsep pelayanan dokter layanan primer atau yang biasa disebut dokter keluarga. Dokter layanan primer fokus pada kesehatan individu, keluarga dan masyarakat. Selain itu dokter layanan primer fokus pada keseluruhan aspek pelayanan kesehatan yaitu pelayanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

²¹ Soekidjo Notoatmodjo, *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni* (Jakarta: Rineka Cipta, 2007), hlm. 100–103.

Berikut ini merupakan bagan skema sistem rujukan pelayanan kesehatan di Indonesia:

Bagan 1.
Skema Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Indonesia



Sumber: Soekidjo Notoarmodjo, 2007.

Dengan adanya konsep tersebut, diharapkan terciptanya pandangan kesehatan secara lengkap yang dilihat dari sudut pandang suatu keluarga dan juga terciptanya peningkatan pengetahuan individu tentang penyakitnya secara menyeluruh. Dokter layanan primer menjadi kontak pertama dengan pasien dalam memberikan pembinaan berkelanjutan, membuat diagnosis medis dan penanganannya, membuat diagnosis psikologis dan penangannya, memberi dukungan personal bagi setiap pasien dengan berbagai latar belakang dan berbagai stadium penyakit, mengkomunikasikan informasi tentang pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan prognosis, dan melakukan pencegahan dan pengendalian penyakit kronik dan kecacatan melalui penilaian risiko, pendidikan kesehatan, deteksi dini penyakit, terapi preventif, dan perubahan perilaku.

Dokter keluarga merupakan salah satu bagian dari pelayanan kedokteran layanan primer yang belum lama dikembangkan di Indonesia. Dokter keluarga adalah dokter praktik umum yang

menyelenggarakan pelayanan primer yang komprehensif, kontinu, mengutamakan pencegahan, koordinatif, mempertimbangkan keluarga, komunitas dan lingkungannya dilandasi ketrampilan dan keilmuan yang mapan.²² Dokter keluarga melakukan pelayanan rawat jalan, pelayanan kunjungan dan perawatan pasien di rumah dan pelayanan rawat inap di rumah sakit. Manfaat utama adanya dokter keluarga adalah dengan ikutnya seluruh anggota keluarga dalam pelayanan dokter keluarga, maka segala keterangan tentang keluarga tersebut, baik keterangan kesehatan ataupun keterangan keadaan sosial dapat dimanfaatkan dalam menangani masalah kesehatan yang sedang dihadapi.

Dokter keluarga diselenggarakan di tempat praktik seperti rumah sakit di mana ada suatu unit khusus yang diberi tanggung jawab untuk menyelenggarakan pelayanan dokter keluarga. Unit khusus ini dikenal dengan nama bagian dokter keluarga (*department of family medicine*). Semua pasien baru yang berkunjung ke rumah sakit, diwajibkan melalui bagian khusus ini. Jika membutuhkan pelayanan spesialis, dapat dirujuk ke bagian lain yang ada di rumah sakit. Yang kedua adalah penyelenggaraan dokter keluarga di klinik khusus dengan nama klinik dokter keluarga (*family clinic center*).²³

Sejarah pelayanan kedokteran keluarga di Indonesia telah dimulai sejak tahun 1981 yakni dengan didirikannya Kelompok Studi Dokter Keluarga. Pada Tahun 1990 melalui kongres yang kedua di Bogor, nama organisasi dirubah menjadi Kolese Dokter Keluarga Indonesia (KDKI). Sekalipun organisasi ini sejak tahun 1988 telah menjadi anggota IDI, tetapi pelayanan dokter keluarga di Indonesia belum secara resmi mendapat pengakuan baik dari profesi kedokteran ataupun dari pemerintah.

Untuk lebih meningkatkan program kerja, terutama pada tingkat internasional, maka pada tahun 1972 didirikanlah organisasi internasional dokter keluarga yang dikenal dengan nama *World of National College and Academic Association of General Practitioners / Family Physicians* atau disingkat menjadi *World Organization of Family Doctors* (WONCA). Indonesia adalah anggota dari WONCA yang diwakili oleh KDKI. Untuk Indonesia, manfaat pelayanan kedokteran keluarga tidak hanya untuk mengendalikan biaya dan atau meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, akan tetapi juga dalam rangka turut mengatasi paling tidak tiga masalah pokok pelayanan kesehatan lain yakni

²² "Dokter Keluarga," <http://www.ppjk.depkes.go.id/index.php>, diakses 2 Maret 2013.

²³ A. E. Prasetyawati, *Kedokteran Keluarga* (Jakarta: Penerbit Rineka Cipta, 2010), hlm. 82.

pendayagunaan dokter pasca-Pegawai Tidak Tetap (PTT), pengembangan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dan dalam menghadapi era globalisasi.²⁴

Sistem pelayanan kesehatan yang baik harus lebih memerhatikan pelayanan kesehatan pada strata primer guna mengurangi beban sosial dan biaya ekonomi yang jauh lebih besar pada pelayanan sekunder dan tersier. Di Amerika Serikat 80 persen masalah kesehatan dapat dilayani di pelayanan primer.²⁵ Pelayanan primer juga harus mengutamakan upaya preventif dan promotif seperti menanamkan perilaku hidup bersih dan sehat, pemeriksaan kesehatan (*medical check-up*), diagnosis dini (*early diagnosis*) dan pengobatan yang tepat (*prompt treatment*). Upaya tersebut bertujuan untuk menjaga efisiensi suatu pelayanan guna mengurangi kerugian akibat beban dan biaya yang jauh lebih besar untuk pengobatan dan tindakan pada stadium lebih lanjut misalnya kecacatan maupun kematian yang diakibatkannya.²⁶

D. Kesimpulan

Saat ini, biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan semakin besar dan semakin memberatkan masyarakat. Hanya 63 persen masyarakat Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan. Di lain pihak, pada tahun 2005 WHO telah mencanangkan konsep cakupan jaminan kesehatan semesta yaitu penyediaan pelayanan kesehatan untuk semua individu tanpa membedakan jenis kelamin, ras, wilayah, umur, status kesehatan, tingkat sosial dan ekonomi. Tujuannya untuk menjamin semua masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan keuangan pada saat membayar pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi cakupan jaminan kesehatan semesta, pemerintah bersama DPR-RI membuat suatu peraturan yaitu UU SJSN. Dengan adanya mekanisme SJSN, untuk jaminan pelayanan kesehatan, tahun 2014 ditargetkan akan ada sebanyak 71 persen masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan yaitu penambahan sekitar delapan persen peserta Jamkesmas. Sisanya ditargetkan pada tahun 2015. Sehingga pada tahun 2019 tersedia jaminan kesehatan untuk semua penduduk.

²⁴ "Dokter Keluarga," *loc. cit.*

²⁵ "Primary Care for the 21st Century", *American Academy of Family Physicians*. 2012.

²⁶ Firman Lubis, "Dokter Keluarga Sebagai Tulang Punggung Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan", *Majalah Kedokteran Indonesia* Vol. 58, No. 2, 2008, hlm. 29.

Dalam mendukung penyelenggaran cakupan jaminan kesehatan semesta, perlu adanya sistem rujukan pelayanan kesehatan. Sistem pelayanan kesehatan tersebut diselenggarakan pada unit fasilitas pelayanan kesehatan dengan sistem jenjang atau rujukan. Dalam konteks cakupan jaminan kesehatan semesta, pada strata pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat dibentuk konsep pelayanan dokter layanan primer atau yang biasa disebut dokter keluarga. Konsep dokter layanan primer merupakan konsep yang holistik yang tidak hanya fokus pada individu saja melainkan fokus pada keluarga dan masyarakat sekitar. Selain itu, dokter layanan primer juga melaksanakan pelayanan kesehatan yang menyeluruh yang meliputi upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Adisasmito, Wiku. 2008. *Sistem Kesehatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Carrin, G. et al. 2005. *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System*. Jenewa: WHO.
- Hall, Randolph W. 2006. *Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery*. New York: Springer Science+Business Media.
- Lubis, Firman. 2008. "Dokter Keluarga Sebagai Tulang Punggung Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan", *Majalah Kedokteran Indonesia* Vol. 58, No. 2.
- NN. 2012. "Primary Care for the 21st Century", *American Academy of Family Physicians*.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prasetyawati, Arsita Eka. 2010. *Kedokteran Keluarga*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rachmat, Hapsara Habib. 2004. *Pembangunan Kesehatan di Indonesia: Prinsip Dasar, Kebijakan, Perencanaan dan Kajian Masa Depan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Suratman, Dedi dan Prasetyo, Eko. 2010. *Bisnis Orang Sakit*. Yogyakarta: Resist Book.
- Tarwoto dan Wartonah. 2004. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

Peraturan

- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Peraturan Presiden RI Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

Dokumen

- Bynum, Julie P. dan Fisher, E. S. 2010. "Is Primary Care Worth Saving? Access to Primary Care and Health System Performance". Laporan Pra-publikasi Josiah Macy Foundation.

Kementerian Kesehatan. 2011. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. 2012. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012–2019*. Jakarta: Kemko Kesra.

Situs

Badan Pusat Statistik. "Penduduk Indonesia menurut Provinsi 1971, 1980, 1990, 1995, 2000 dan 2010," www.bps.go.id, diakses 5 Februari 2013.

"Dokter Keluarga." <http://www.pjpk.depkes.go.id/index.php>, diakses 2 Maret 2013.

"Mulai Juli, RS Rujukan Jamkesmas Wajib Pakai Tarif Paket," <http://www.pjpk.depkes.go.id/index.php>, diakses 7 Februari 2013.



EPILOG

Secara umum, tulisan-tulisan yang ditampilkan para penulis dalam buku ini cukup memberi pencerahan dalam suasana hiruk pikuk persiapan penyelenggaraan jaminan sosial nasional berdasarkan UU SJSN dan UU BPJS. Fakta-fakta, gagasan-gagasan dan analisis yang ditampilkan para penulis cukup memberi penjelasan kepada pembaca tentang bagaimana sebaiknya pemerintah mempersiapkan perlindungan sosial bagi masyarakat.

Akhirnya, sebagai penutup dari tulisan ini, ada beberapa hal yang dapat ditarik sebagai benang merah terkait penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia.

1. Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

Masalah jaminan sosial merupakan isu penting yang sensitif bagi kesejahteraan masyarakat, namun selama bertahun-tahun jaminan sosial tak dapat diwujudkan secara komprehensif. Banyak upaya yang telah dilakukan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial kepada masyarakat, namun kebanyakan upaya tersebut masih bersifat parsial dan tanpa koordinasi yang baik antara instansi terkait.

Setelah melalui perjuangan yang panjang, maka pada tahun 2004 lahir UU SJSN sebagai respons negara atas tuntutan masyarakat akan perlindungan sosial, dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar mereka. Namun sayang, hingga sekitar enam tahun setelah lahirnya UU SJSN, undang-undang tersebut tidak dapat diimplementasikan karena belum ada UU BPJS yang diamanatkan oleh UU SJSN, untuk memayungi penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia. Dengan kata lain, UU SJSN hanyalah macan kertas yang tak berarti bagi kesejahteraan masyarakat.

Setelah perdebatan yang panjang dan berliku-liku, maka pada tahun 2011 lahir UU BPJS, yang akan menjadi dasar penyelenggaraan jaminan sosial nasional di Indonesia. Dengan lahirnya UU BPJS, banyak hal yang akan dilakukan oleh negara dalam rangka memberikan perlindungan sosial kepada masyarakat, tanpa kecuali, melalui

mekanisme yang ditetapkan undang-undang. Hal-hal penting yang diatur dalam UU BPJS di antaranya adalah masalah kepesertaan, sistem iuran, mekanisme layanan, dan lain-lain, yang diharapkan dapat memberikan perlindungan sosial yang memadai kepada seluruh masyarakat.

2. Jaminan Kesehatan Sosial dan Tantangannya

Jaminan kesehatan sosial merupakan program negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan kesehatan bagi seluruh rakyat. Namun, pemahaman kebanyakan orang bahwa jaminan kesehatan sosial/asuransi kesehatan sosial merupakan suatu program asuransi kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat miskin atau kurang mampu, sehingga tidak jarang para peserta asuransi sosial mendapat perlakuan diskriminatif. Kepuasan pasien berbanding lurus dengan mutu pelayanan di sarana pelayanan kesehatan.

Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu pada penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial diperlukan komitmen dan kemauan pihak penyelenggara serta dukungan dari pihak terkait untuk dapat konsisten melaksanakan kebijakan yang sudah ada dalam memberikan pelayanan yang berorientasi pada kepentingan masyarakat.

3. Sistem Jaminan Sosial

Ada banyak pilihan sistem jaminan sosial, antara lain yang berbasis bantuan sosial (*social assistance*), asuransi sosial (*social insurance*), ataupun gabungan dari keduanya. Dengan menggunakan mekanisme kepesertaan wajib dan membayar iuran, tampaknya sistem jaminan sosial menggunakan model *social insurance*. Namun pada saat yang sama, bagi warga negara yang tidak mampu membayar iuran, pemerintah berkewajiban membayarkan iuran mereka, sehingga jaminan sosial di Indonesia juga bersifat *social assistance*. Dengan menggabungkan kedua mekanisme tersebut, berarti jaminan sosial di Indonesia menggunakan mekanisme campuran.

Saat ini, sudah ada UU SJSN yang menjamin standar segala manfaat serta pelayanan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Di samping itu, sudah ada pula UU BPJS yang mengarahkan transformasi badan hukum penyelenggara jaminan sosial. Namun, kedua undang-undang tersebut dinilai masih membutuhkan regulasi turunan yang

lebih teknis dan rinci agar pihak pelaksana memiliki landasan hukum kebijakan dan alat untuk memberi pelayanan optimal kepada seluruh warga negara.

4. Kartu Jakarta Sehat

Kota sehat adalah salah satu cerminan bagaimana kesehatan mulai menjadi milik bersama, karena yang bertanggung jawab dan mengupayakan kota sehat adalah semua pihak yang ada di kota tersebut. Kesehatan perkotaan merupakan masalah kesehatan masyarakat global dan nasional yang penting di abad ke-21. Urbanisasi terus berlangsung, dan semakin banyak orang pindah dan bertempat tinggal di perkotaan. Untuk mencari solusi atas persoalan jaminan kesehatan masyarakat perkotaan agar dapat bekerja dengan lebih baik, beberapa rekomendasi berikut perlu ditindaklanjuti oleh pemerintah daerah baik provinsi maupun kabupaten/kota.

Tiga syarat yang harus dipenuhi dan harus segera mulai dipikirkan upaya pencapaiannya adalah:

1. Adanya standardisasi pelayanan sebagai pedoman di masing-masing tingkatan pelayanan dan tingkatan fasilitas;
2. Standardisasi kompetensi sumber daya manusia serta sarana dan prasarana pendukung;
3. Koordinasi dan keterlibatan semua pihak, baik negeri maupun swasta, dalam membangun fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terdistribusi merata.

Semoga dengan terpenuhinya tiga syarat tersebut, dapat diwujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh warga Jakarta. Selain itu, diharapkan semua warga Jakarta memahami sistem dan cakupan pelayanan KJS agar tidak terjadi salah paham tentang KJS. Jangan sampai program yang ditunggu-tunggu dan diharapkan warga Jakarta ini, justru membuat kualitas kesehatan warga menurun karena tidak ada dukungan kualitas pelayanan.

5. BPJS Kesehatan dan Stratifikasi Sosial

Perubahan paradigma yang diamanatkan dalam UU BPJS harus dilakukan secara sistematis dalam penyelenggaraan program jaminan sosial terutama terkait kesiapan seluruh *stakeholders* dari pemerintah pusat sampai daerah. Mengingat keterbatasan fasilitas yang dimiliki

pemerintah, pembangunan fasilitas kesehatan di setiap kelurahan/desa sangat diperlukan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang berada jauh dari pusat kota.

Kesiapan dan pengawasan bagi tim verifikasi peserta yang menerima bantuan iuran peserta yang dibayarkan pemerintah harus dilaksanakan dengan cermat dan teliti, sehingga pelayanan jaminan sosial tepat sasaran. Menetapkan jenis-jenis pekerjaan yang menjadi prioritas pembayaran iurannya dari pemerintah tentunya berpengaruh juga dalam menentukan Penerima Bantuan Iuran. Selain juga perlu dilakukan sosialisasi implementasi BPJS Kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat.

BPJS Kesehatan diharapkan dapat mengubah stratifikasi masyarakat dan diharapkan dapat memberikan motivasi kepada masyarakat miskin dalam usahanya untuk memperbaiki kehidupannya. Masyarakat miskin juga diharapkan mampu meningkatkan stratanya dan memberikan kesempatan kepada generasi berikutnya untuk melakukan mobilisasi sosial.

6. Sistem Rujukan dan Jaminan Kesehatan Semesta

Biaya pelayanan kesehatan semakin besar dan semakin memberatkan masyarakat. Hanya 63 persen masyarakat Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan. Di lain pihak, pada tahun 2005 WHO telah mencanangkan konsep cakupan jaminan kesehatan semesta yaitu penyediaan pelayanan kesehatan untuk semua individu tanpa membedakan jenis kelamin, ras, wilayah, umur, status kesehatan, tingkat sosial dan ekonomi. Tujuannya untuk menjamin semua masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan keuangan pada saat membayar pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi cakupan jaminan kesehatan semesta, pemerintah bersama DPR-RI membuat suatu peraturan yaitu UU SJSN. Dengan adanya mekanisme SJSN, untuk jaminan pelayanan kesehatan, tahun 2014 ditargetkan akan ada sebanyak 71 persen masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan yaitu penambahan sekitar delapan persen peserta Jamkesmas. Sisanya ditargetkan pada tahun 2015. Sehingga pada tahun 2019 tersedia jaminan kesehatan untuk semua penduduk.

Dalam mendukung penyelenggaran cakupan jaminan kesehatan semesta, perlu adanya sistem rujukan pelayanan kesehatan. Sistem pelayanan kesehatan tersebut diselenggarakan pada unit fasilitas pelayanan kesehatan dengan sistem jenjang atau rujukan. Dalam

konteks cakupan jaminan kesehatan semesta, pada strata pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat dibentuk konsep pelayanan dokter layanan primer atau yang biasa disebut dokter keluarga. Konsep dokter layanan primer merupakan konsep yang holistik yang tidak hanya fokus pada individu saja melainkan fokus pada keluarga dan masyarakat sekitar. Selain itu, dokter layanan primer juga melaksanakan pelayanan kesehatan yang menyeluruh yang meliputi upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

Adapun rekomendasi yang dapat dikemukakan dalam rangka penyelenggaraan jaminan sosial nasional ke depan adalah:

Pertama, sebagai kebijakan perlindungan sosial untuk masyarakat, UU SJSN dan UU BPJS harus diimplementasikan untuk kepentingan seluruh masyarakat Indonesia. Untuk itu, dibutuhkan dukungan yang memadai, bukan saja fasilitas, sarana, dan prasarana yang relevan dengan kebutuhan riil di lapangan, namun juga profesionalisme para pengelola BPJS.

Kedua, dalam rangka implementasi UU SJSN dan UU BPJS, DPR-RI sebagai lembaga legislatif perlu terus mengoptimalkan perannya melalui dukungan, pengawasan, dan penganggaran yang memadai untuk terselenggaranya program jaminan sosial yang bermanfaat bagi seluruh rakyat.



RIWAYAT SINGKAT EDITOR DAN PENULIS

Sari Viciawati Machdum

Perempuan, Islam, Lahir di Bandung, 23 September 1978 adalah Dosen pada program Sarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial dan program Magister Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Indonesia (FISIP UI). Kepakarannya adalah organisasi pelayanan kemanusiaan berbasis keyakinan dan pengembangan intervensi sosial di komunitas. Saat ini menjadi salah satu Dosen Inti Penelitian di FISIP UI. E-mail: sari.viciawati@ui.ac.id.

Menamatkan SD s.d SMU, di Jakarta. Lulus SMU tahun 1997. Menyelesaikan S-1, Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP UI, Jakarta, lulus tahun 2002. Menyelesaikan S-2, Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP UI, Jakarta, lulus tahun 2006. Menyelesaikan Program S3, Program Doktoral Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP UI, Jakarta, lulus tahun 2013.

Bergabung dengan tim pengajar dan penelitian di Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP UI sejak tahun 2002. Pernah/sedang terlibat dalam tim pengajaran Pengembangan dan Pengorganisasian masyarakat, Supervisi dan Konsultasi, Penelitian Kualitatif dalam Ilmu Kesejahteraan Sosial, dan Pengantar Ilmu Kesejahteraan Sosial, serta Sistem Usaha Kesejahteraan Sosial. Penelitian yang dilakukan terkait dengan pengembangan masyarakat, kemiskinan di perkotaan, perlakuan salah secara seksual terhadap anak, pemasaran sosial, ketahanan keluarga dan komunitas, dan *bullying* (intimidasi) di sekolah, serta manajemen organisasi pelayanan kumanusiaan berbasis keyakinan dan pengorganisasian pemberdayaan ekonomi.

Hasil penelitian yang pernah dilakukan didiseminaskan dalam berbagai konferensi internasional. Beberapa publikasi ilmiah juga telah ada dan diterbitkan dalam bentuk artikel jurnal, serta turut menulis dua modul mengenai "Pemberdayaan Keluarga Miskin dengan Anak yang Tereksploitasi Secara Ekonomi Guna Meningkatkan Ketahanan Keluarga Miskin Kota". Pernah menjadi panitia dan peserta dalam berbagai pelatihan, konferensi dan seminar pada tingkat nasional/internasional.

Salah satu pelatihan yang pernah diikuti adalah *Disability and Development Summer School* yang diselenggarakan oleh Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP UI dan Vrije Universiteit (VU).

Beberapa kegiatan pengabdian masarakat yang pernah dilakukan antara lain sebagai konselor di FISIP UI dan sebagai fasilitator dalam pelatihan mengenai "Hak-hak Anak" dan "Komunikasi antara Anggota Keluarga" di beberapa kelurahan yang tercatat sebagai kelurahan termiskin di wilayah Jakarta dan di Depok, Jawa Barat. Selain itu, pernah menjabat sebagai Ketua 1 Komunitas Konsumen Pendidikan Indonesia pada tahun 2007. Saat ini menjadi anggota *The Asian and Pacific Association for Social Work Education* (APASWE), dan juga sebagai sekretaris yayasan Cahaya Khalifah, serta Ketua Divisi Pengabdian Masyarakat Pusat Kajian Kesejahteraan Sosial FISIP UI.

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.

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 Legislator* (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.

Rohani Budi Prihatin

Laki-laki, Islam, lahir di Banyumas, 7 Juni 1973. Mengenyam pendidikan dasar dan menengah sekaligus *nyantri* di Pondok Pesantren MWI Kebarongan Banyumas. Pendidikan tinggi diselesaikan di IAIN Yogyakarta (S1), FISIP UI (S2), dan UIN Jakarta (S3). Sejak Maret 1998, menjadi Peneliti Bidang Studi Masyarakat dan Sosiologi Perkotaan di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI.

Aktif membantu Anggota DPR-RI dalam menyusun RUU dan melakukan pengawasan terhadap pemerintah. Keterlibatan dalam menyusun undang-undang antara lain: RUU tentang Penyelenggaraan Ibadah Haji (1998), RUU tentang Wakaf (2006), RUU Pengendalian Dampak Produk Tembakau terhadap Kesehatan (2006), UU tentang Penghapusan Diskriminasi Ras dan Etnis (2008), RUU tentang Zakat (2008), UU tentang Gelar, Tanda Jasa dan Tanda Kehormatan (2008–2009), RUU Kesehatan (2006–2009), RUU tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (2010) dan RUU tentang Pencarian dan Pertolongan (2012–2013). Keterlibatan dalam pengawasan DPR-RI terhadap pemerintah antara lain dalam Tim Pengawas DPR-RI tentang Konflik Poso (2007–2008), dan Tim Pengawas Pengendalian Lumpur Sidoarjo atau TP2LS DPR-RI (2008–2009).

Telah menerbitkan buku berjudul "Banjir Jakarta: Warisan Alam dan Upaya Pengendalian, Yogyakarta: Insist Press, 2013". E-mail: rohbudbud@gmail.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.

Mohammad Teja

Laki-laki, Islam, lahir di Muara Enim, 21 Juli 1976, adalah Peneliti Bidang Sosiologi di Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Setjen DPR-RI. Lulus sebagai Sarjana Hubungan Internasional Universitas Jayabaya tahun 2000. Meraih Magister Sosiologi Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2002. Memiliki ketertarikan pada masalah sosial seperti masalah anak, disabilitas, pluralitas, pemberdayaan ekonomi keluarga dan masyarakat, serta interaksi sosial dan simbolis. E-mail: teja@dpr.go.id.

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. Saat ini sedang menempuh pendidikan S2 Jurusan Kebijakan dan Hukum Kesehatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. E-mail: rahmi.yuningsih@dpr.go.id dan rahmi.yuningsih@yahoo.com.



INDEKS

A

Abstrak, 36
Administrasi, 41, 53, 77, 83, 84
Afrika, 74
Akses, 4, 12, 34, 39, 44, 76, 90, 103, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 123, 124, 126
Amanat, 16, 17, 19, 20, 49, 54, 64, 66, 68, 70, 71, 101, 106, 121
Amerika Serikat, 50, 51, 56, 58, 70, 71, 78, 135
Antonovsky, 108
ASABRI, 13, 14, 28, 52, 54, 60
Asia, 37, 74
ASKES, 13, 26, 32, 38, 52, 54, 60, 69, 83, 84, 100, 101, 102, 106, 121
Askeskin, 69, 83, 106
Asuransi Jiwa, 6, 7
Asuransi Komersial, 3, 5, 55, 56, 60
Asuransi Sosial, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15, 28, 32, 37, 45, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 63, 64, 68, 69, 72, 77, 126
Asuransi Sukarela, 64
Asyhadie, 3, 5, 6, 15, 30
Australia, 60, 71

B

Bantuan/Pelayanan, 4
Bantuan Sosial, 4, 15, 56, 58, 59, 62, 63, 64, 68, 69, 72, 84
Bayi, 39, 77, 108, 124
Belgia, 59
Bendix, 113
Betrand, 73

Blau, 115
BPJS, 2, 7, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 64, 65, 66, 84, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 121
Brasil, 78
Bruges, 59
BUMN, 53, 64, 129
Buta Huruf, 11

C

Cacat, 3, 6, 15, 50, 52, 61, 62, 71
Calo, 92, 93, 95
Campuran, 50, 51, 65, 124, 125, 126
Celah Lebar, 92
China, 74, 78
Cilincing, 91
Clifford Geertz, 112

D

Dampak, 8, 58, 106
Darmawi, 5, 30
Deklarasi, 31, 49, 123
Demings, 41
Demokrat, 100
Desentralisasi, 83
Direktorat, 79, 82, 83
Diskriminatif, 32, 45, 72
Dokter, 34, 39, 40, 75, 91, 101, 127, 128, 130, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138
Duncan, 115

E

- Ekonomi, 1, 4, 12, 13, 18, 32, 50, 51, 53, 56, 58, 63, 66, 68, 70, 71, 72, 74, 77, 78, 103, 104, 106, 107, 108, 111, 112, 113, 123, 124, 127, 135
 Eksak, 36
 Eksekutor, 101
 Eropa, 50, 71, 78
 Eropa Barat, 71, 78

F

- Falsafah, 51
 Fasilitas, 18, 21, 22, 38, 39, 44, 84, 90, 91, 94, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 116, 126, 127, 128, 130, 132, 136
 Fraser, 36

G

- Gibson, 35, 36, 47
 Giddens, 112, 113, 117
 Gotong Royong, 57, 59, 62
 Gratis, 38, 85, 86, 92, 114
 Gubernur, 38, 85, 90
 Guy Standing, 61

H

- Hak, 3, 13, 22, 26, 27, 31, 38, 40, 43, 49, 57, 71, 72, 91, 92, 103, 105, 106, 107
 Hari Tua, 4, 5, 6, 16, 18, 20, 21, 22, 27, 28, 32, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 68, 69, 71, 121, 126

HDI, 12

Hidup, 3, 6, 8, 9, 12, 17, 18, 50, 51, 61, 62, 67, 73, 74, 77, 78, 80, 82, 100, 103, 108, 110, 111, 113, 119, 120, 123, 135

I

- ILO, 4, 60, 61, 62
 India, 74, 78
 Indikator, 9, 10, 11, 33, 36, 45, 60, 75, 76, 96

- Indonesia, 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 37, 39, 45, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 78, 84, 85, 89, 90, 95, 96, 99, 100, 102, 105, 106, 107, 109, 113, 114, 117, 120, 121, 122, 126, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 137, 138

- Iuran, 4, 5, 7, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 29, 50, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 63, 64, 68, 69, 73, 100, 102, 114, 116, 122, 126

J

- Jakarta, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 30, 32, 36, 38, 39, 40, 42, 47, 49, 51, 53, 66, 67, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 103, 107, 113, 117, 119, 120, 121, 122, 129, 130, 132, 134, 137, 138

- Jaminan Sosial, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 37, 38, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 78, 95, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 115, 116, 117, 121, 126, 137

- Jamkesda, 70, 84, 85, 86, 92, 93, 96, 101, 121
 Jamkesmas, 69, 70, 83, 84, 91, 92, 93, 101, 105, 106, 107, 117, 120, 121, 135, 138

- JAMSOSTEK, 4, 13, 14, 26, 27, 28, 32, 52, 54, 60, 101, 121
 Jean Louis Vives, 59
 Jerman, 50, 58

K

- Kapitalis, 50

- Habibia, 74
Karnaji, 108
Kasus, 39, 60, 66, 92, 93, 127, 130, 132
Konsumen, 40, 41, 47, 120, 126
Kontinum, 131
Konvensi, 31, 61
Kota Sehat, 79, 80, 81, 82, 87

- P**
- Page, 73
 - Pajak, 4, 56, 100, 124, 125, 126
 - Pasien, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 79, 86, 90, 91, 92, 93, 107, 122, 124, 126, 130, 131, 132, 133, 134
 - Pattinasarany, 113, 115, 117
 - Pearson, 12
 - Pekerja, 5, 6, 13, 14, 23, 24, 32, 35, 52, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 69, 72, 83, 100, 112, 115, 125
 - Pemeliharaan, 26, 27, 32, 37, 38, 41, 52, 60, 61, 66, 68, 70, 84, 85, 102, 106, 135
 - Pendidikan, 2, 5, 9, 10, 12, 15, 16, 36, 41, 73, 96, 104, 105, 108, 110, 111, 114, 115, 116, 133
 - Penduduk, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 31, 38, 50, 54, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 69, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 83, 84, 85, 96, 100, 102, 105, 117, 121, 135, 138
 - Penjaringan, 91
 - Pensiun, 4, 5, 16, 18, 20, 21, 22, 27, 28, 32, 52, 54, 56, 60, 62, 68, 69, 73, 121, 126
 - Perkotaan, 49, 59, 67, 73, 74, 78, 79, 81, 82, 83, 93, 95, 96, 105, 109
 - Pertanian, 74, 80, 112
 - Porter, 35
 - Premi, 4, 5, 13, 55, 57, 64
 - Presiden, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 53, 54, 60, 66, 99, 122, 137
 - Preventif, 57, 79, 123, 130, 132, 133, 135, 136
 - Prevost, 42
 - Produsen, 40
 - Profesi, 36, 37, 41, 42, 134
 - Provinsi, 38, 39, 67, 69, 70, 75, 81, 84, 85, 86, 91, 92, 93, 96, 113, 117, 121, 129, 133, 138
 - Puskesmas, 33, 38, 39, 76, 79, 80, 82, 84, 85, 86, 91, 92, 95, 96, 99, 102, 107, 108, 109, 122, 126, 127, 130, 131, 133
- R**
- Risiko, 6, 7, 13, 15, 58, 61, 63, 64, 68, 92, 101, 124, 125, 133
 - Robert Chambers, 108, 111
 - Roberts, 42
 - Rumah Sakit, 6, 32, 47, 53, 55, 66, 69, 76, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 99, 108, 120, 122, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 137
- S**
- Sakit, 3, 4, 6, 31, 32, 38, 40, 47, 53, 54, 55, 59, 61, 62, 66, 68, 69, 70, 71, 73, 76, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 99, 101, 104, 108, 109, 110, 119, 120, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 137
 - Salim, 6, 7, 30
 - Sanderson, 103, 111, 117
 - Sarwono, 35, 47
 - Singapura, 55, 78
 - Sistem, 1, 2, 4, 5, 6, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 37, 38, 40, 41, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 77, 78, 82, 84, 85, 91, 92, 94, 99, 100, 103, 105, 107, 111, 112, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137
 - SJSN, 2, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 29, 30, 31, 32, 37, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 83, 99, 121, 122, 126, 131, 135
 - SMERU, 90, 96
 - Soekanto, 73, 95
 - Soendoro, 4, 30
 - Sorokin, 113
 - Sosial, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 42, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65,

- 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, Wisadirana, 73, 95
77, 78, 82, 84, 95, 96, 99, 100, WONCA, 134
101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, Woodside, 36
108, 109, 110, 111, 112, 113, 114,
115, 116, 117, 121, 122, 123, 124, **Y**
125, 126, 128, 135, 137 Ypres, 59--
Sosialis, 50, 51 Yukl, 35
Spicker, 109 Yuridis, 71
Stakeholders, 116 **Z**
State, 2, 49, 71, 74, 95 Zanten, 108
Subianto, 5, 30
Suharto, 78, 95
Sujatmiko, 115
Sukapura, 39
Sumba Timur, 90, 96
Surja, 74, 95
Surjadi, 74, 79, 83, 95
Survei, 32, 47, 57
Suyanto, 107, 108, 117
Syaraka, 73

T

- Tabanan, 90, 96
Tabrani, 13, 30
Tabungan, 4, 5, 28, 51, 52, 55, 56, 63,
64, 68, 69
Tabungan Wajib, 4, 5, 55, 68, 69
Tambora, 91
Taspen, 4, 13, 14, 28, 52, 54, 60
TNI-Polri, 51, 52

U

- UNESCO, 12
Utomo, 108

W

- Wajib, 3, 4, 5, 6, 13, 17, 18, 20, 23, 24,
25, 31, 32, 49, 55, 56, 57, 58, 59,
60, 63, 64, 67, 68, 69, 71, 78, 100,
116, 120, 121, 126, 138
Weber, 103, 111
Welfare, 7, 49, 71
Wexley, 35
WHO, 81, 82, 96, 123, 126, 135, 137
Wieczorek-Zeul, 78