

BANTUAN IURAN
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL:

EKUITAS KESEHATAN
BAGI MASYARAKAT MISKIN
DAN HAMPIR MISKIN
DI INDONESIA



Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional: Ekuitas Kesehatan bagi Masyarakat Miskin dan Hampir Miskin di Indonesia

Tim Penulis

(disusun berdasarkan alphabet)

Baiti Nurrahmah

Dia Mawesti

Eka Afrina

Farhan Muntafa

Fulgensius Suriyanto

Maria Lauranti



P R A K A R S A
Welfare Initiative for Better Societies

2017

Cetakan pertama, Mei 2017

ISBN: 978-623-91350-5-8

Perkumpulan Prakarsa

Jakarta, Indonesia

Lauranti, Maria., Afrina, Eka., Mawesti, Dia., et.al., (2017). *Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional: Ekuitas Kesehatan bagi Masyarakat Miskin dan Hampir Miskin di Indonesia*. Perkumpulan Prakarsa: Jakarta

Keywords: Jaminan Kesehatan Nasional, Kebijakan, Ekuitas Kesehatan, *Out of Pocket*, Penerima Bantuan Iuran

Penelitian dilakukan di 11 Kabupaten Kota; Kabupaten Karo, Kabupaten Bengkalis, Kota Bandar Lampung, Kabupaten Bogor, Kota Jakarta Selatan, Kota Depok, Kabupaten Semarang, Kota Surabaya, Kabupaten Polewali Mandar, Kota Manado, Kabupaten Lombok Timur. Penelitian merupakan bagian dari *Monitoring the Implementation of Universal Health Insurance in Indonesia and Strengthening Health Planning and Budgeting at the Sub-national Level*

Peneliti Inti (disusun berdasarkan alphabet)

Dia Mawesti - Dwi Rahayuningrum - Eka Afrina - Fajrin Kurnia Putra - Farhan Muntafa - Maria Lauranti - Muto Sagala - Syukri Rahmadi - Victoria Fanggalda

Peneliti Lapangan (disusun berdasarkan alphabet)

Ahmad Kasyfi - Baiti Nurrahmah - Bunga Damai Prasasti - Danel Mahendra - Desi Nur Indah Sari - Diki Agus Rizki - Efri Angryani - Eka Afrina - Eko Budi Wibowo - Fadhli - Febti Yudia Sanfani - Febricaulia Rembulan - Feiby Sesca Wewengkang - Fitri H. Mamonto - Ika Laelasari - Hasan Bashori - Hijrah Azis - Lalu Surya Karyanto - L. Nur Khaidir Achmad M. - Lucky Kusuma Wardani - Lukman Hakim - Madekhan - Muh. Ainul Yaqin - Muwasaun Niam - Natasia Simangunsong - Nike Vonika - Novita Anggraeni - Nur Azizah Mayangsari - Nurlina - Okki Chandra Ambarwati - Panca Haqiqi - Putra Gala - Reinhard Yeremia - Riki Zakaria - Rokmad Munawir - Ulil Absor - Wahyu Okky Kurniadhi - Wijatnika - Winda Hutami - Yane Rachma Bhirawati

Contents

Daftar Bagan.....	7
Daftar Diagram.....	8
Daftar Tabel	12
Daftar Singkatan	14
Sambutan	17
Kata Pengantar	20
Ringkasan Eksekutif.....	24
BAB I. PENDAHULUAN.....	28
BAB II. KERANGKA PEMIKIRAN	34
II.1. Universal Health Coverage (UHC).....	34
II.2. Ekuitas Kesehatan (Health Equity)	35
II.3. Efektivitas Kebijakan.....	40
BAB III. METODOLOGI.....	44
III.1. Metode Penelitian.....	44
III.2. Teknik Pengumpulan Data.....	45
III.2.1. Kuantitatif: Survei Rumah Tangga	45
III.3.2. Kualitatif: Studi Dokumen dan Data Sekunder	46
III.3.3. Kualitatif: Wawancara Informan Kunci.....	46
III.3. Structural Equation Model (SEM) dan Confirmatory Factor Analysis (CFA)	47

III.3.1. Definisi	47
III.3.2. Proses Pemodelan Persamaan Struktural ...	48
III.3.3. Uji Keabsahan Data.....	51
III.4. Lokasi Penelitian	52
III.5. Sistem Informasi dan Manajemen Data.....	53
III.6. Teknik Peningkatan Kualitas Penelitian	54
BAB IV. JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.....	55
IV.1. Perjalanan Jaminan Kesehatan di Indonesia	55
IV.2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).....	60
IV.3. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional.....	63
IV.4. Dimensi dalam Kebijakan JKN.....	71
IV.5. Internalisasi Ideologi dalam Pelaksanaan JKN	72
IV.6. Anggaran dan Belanja Kesehatan	74
BAB V. DEMOGRAFI PENELITIAN.....	78
BAB VI. AKSES TERHADAP LAYANAN KESEHATAN.....	84
VI.1. Tantangan Geografis	85
VI.2. Akses terhadap Informasi	89
BAB VII. PENYEDIA LAYANAN KESEHATAN.....	93
VII.1. Fasilitas Kesehatan	93
VII.2. Tenaga Kesehatan	103
VII.3. Mekanisme Pembayaran.....	108

BAB VIII.PEMANFAATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN.....	111
VIII.1. Prosedur Layanan.....	113
VIII.2. Layanan Rawatan di FKTP dan FKTL.....	118
Layanan Kesehatan Reproduksi, Ibu dan Anak.....	122
Layanan Kegawatdaruratan.....	126
Layanan Skrining Kesehatan dan Rehabilitasi.....	127
VIII.3. Layanan Obat dan Alat Kesehatan.....	127
BAB IX. EKUITAS KESEHATAN	132
BAB X. <i>OUT OF POCKET</i>	140
BAB XI. <i>MORAL HAZARD DAN FRAUD</i>	151
BAB XII. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI ..	159
Daftar Pustaka	168

Daftar Bagan

Bagan 1.	Kerangka Berpikir: Konsep Dasar dari Keadilan Sosial dan Ekuitas Kesehatan	◆ 38
Bagan 2	Model Implementasi Kebijakan Menurut Grindle	◆ 41
Bagan 3	Model Bisnis BPJS Kesehatan	◆ 62
Bagan 4	Penahapan Kepesertaan JKN	◆ 63
Bagan 5	Mekanisme Kepesertaan PBI.....	◆ 66
Bagan 6	Alur Proses Kebijakan	◆ 71
Bagan 7	Pemetaan Pemahaman Pejabat Publik Mengenai JKN	◆ 73
Bagan 8	Sistem Rujukan Berjenjang	◆ 112
Bagan 9	Pembagian Kelas Rumah Sakit Pemerintah.....	◆ 118
Bagan 10	Hak dan Kewajiban Peserta JKN.....	◆ 156
Bagan 11	Pemetaan Moral Hazard dan Fraud Berdasarkan Temuan	◆ 157

Daftar Diagram

Diagram 1	Ketercakupan Jaminan Kesehatan untuk Warga Negara Indonesia	◆ 60
Diagram 2	Target Pencapaian Penerima Bantuan Iuran 2014 – 2019	◆ 65
Diagram 3	Total Belanja Kesehatan Indonesia Tahun 2010 – 2014...	◆ 74
Diagram 4	Perbandingan Belanja Kesehatan Pemerintah dan Swasta 2010 – 2014.....	◆ 75
Diagram 5	Proporsi Jumlah Peserta BPJS Kesehatan.....	◆ 76
Diagram 6	Frekuensi RT berdasarkan Daerah dan Status Kepesertaan JKN	◆ 79
Diagram 7	Usia dan Jenis Kelamin Responden	◆ 79
Diagram 8	Tingkat Pendidikan dan Jenis Pekerjaan Responden..	◆ 80
Diagram 9	Jumlah Rumah Tangga Penerima PKH, Raskin dan Bantuan Siswa Miskin (dalam %)	◆ 80
Diagram 10	Kepemilikan Rumah Tangga Responden.....	◆ 81
Diagram 11	Frekuensi Berdasarkan Jenis Jaminan yang Pernah Diikuti RT	◆ 83
Diagram 12	Frekuensi Berdasarkan Jenis Jaminan yang Pernah Diikuti RT	◆ 85
Diagram 13	Perbandingan Tempat Tinggal Jarak Rumah Tangga ke FKTP dan FKTL.....	◆ 85
Diagram 14	Cara Rt Mengetahui Keluarganya Merupakan PBI....	◆ 89
Diagram 15	Alasan Rumah Tangga saat Memilih FKTP Sendiri (Kanan) dan Saat Tidak Memilih FKTP Sendiri (Kiri) ...	◆ 90
Diagram 16	Pihak yang Menjelaskan Mengenai Prosedur Penggunaan Layanan Kesehatan dengan JKN kepada RT.....	◆ 91

Diagram 17	Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.....	◆ 94
Diagram 18	Jumlah Puskesmas 2011 – 2015	◆ 95
Diagram 19	Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Kepemilikan.....	◆ 96
Diagram 20	Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Jenis Pelayanannya	◆ 96
Diagram 21	Provinsi dengan Rasio Tempat Tidur Terendah pada Tahun 2015	◆ 97
Diagram 22	Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Terdaftar/Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.....	◆ 98
Diagram 23	Fasilitas Pelayanan Medis yang Pernah Dimanfaatkan oleh Rumah Tangga di FKTP	◆ 99
Diagram 24	Fasilitas Pelayanan Medis yang Pernah Dimanfaatkan Rumah Tangga di FKTL.....	◆ 99
Diagram 25	Jenis Layanan di FKTP dan FKTL yang Diakses oleh Rumah Tangga dalam Enam Bulan Terakhir.....	◆ 101
Diagram 26	RT yang Pernah Mengalami Masalah saat Mengakses Pelayanan Rawat Inap dan Jenis Permasalahannya .	◆ 101
Diagram 27	Persentase Rumah Tangga Menunggu Kamar Perawatan Inap dan Alasan Menunggu	◆ 102
Diagram 28	Kelas Rawat Inap RT.....	◆ 102
Diagram 29	Tenaga Kesehatan Indonesia tahun 2015	◆ 103
Diagram 30	Rasio Dokter per 100.000 Penduduk Indonesia Tahun 2015	◆ 104
Diagram 31	Perbandingan Penilaian RT Terhadap Waktu Menunggu Tenakes saat Menggunakan JKN dan Sebelumnya...	◆ 105
Diagram 32	Keluhan Rumah Tangga pada Prosedur Pemeriksaan Dokter	◆ 106
Diagram 33	Jenis Saran yang Diberikan oleh Tenakes kepada Responden.....	◆ 107

Diagram 34	Perbandingan Penilaian RT Mengenai Prosedur Layanan saat Menggunakan JKN dan Sebelumnya.....◆	113
Diagram 35	Jenis Keluhan RT pada Prosedur Pendaftaran Pasien...◆	114
Diagram 36	Frekuensi RT yang Meminta Rujukan dari FKTP dan FKTL (Kiri) serta Alasan Permintaan Rujukan (Kanan)... ◆	114
Diagram 37	Jenis Keluhan RT pada Prosedur Mendapatkan Surat Rujukan◆	115
Diagram 38	Permasalahan RT terkait Rujukan yang Diberikan....◆	116
Diagram 39	Waktu yang Dibutuhkan untuk Mendapatkan Nomor Antrian Registrasi BPJS di FKTP dan FKTL (dalam menit) ◆	117
Diagram 40	FKTP yang Dikunjungi ketika Sakit◆	120
Diagram 41	Alasan RT Berobat ke FKTP yang Tidak Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.....◆	121
Diagram 42	Jenis Kesulitan RT saat Mengakses Layanan di FKTP ...◆	122
Diagram 43	Perbandingan Penilaian RT terhadap Layanan Imunisasi Dasar, Program KB, Pemeriksaan Kehamilan, Persalinan dan Pasca Kehamilan saat Menggunakan JKN dan Sebelum Menggunakan JKN◆	122
Diagram 44	Alasan RT Tidak Menggunakan JKN untuk Pemeriksaan Kehamilan Hingga Pasca Kehamilan◆	123
Diagram 45	Tenakes yang Melakukan Pemeriksaan Kehamilan, Pertolongan Persalinan dan Pemeriksaan Pasca Kehamilan◆	124
Diagram 46	Tempat Persalinan yang Dipilih oleh Rumah Tangga....◆	125
Diagram 47	Jenis Imunisasi yang Diberikan untuk Anak Berusia di Bawah Lima Tahun◆	125
Diagram 48	Rumah Tangga yang Mengakses Layanan KB (Kiri) dan Tenakes yang Memberikan Layanan (Kanan)◆	126

Diagram 49	Frekuensi Rumah Tangga Mengakses Layanan Kegawatdaruratan Menggunakan JKN (Kiri) dan Layanan Diberikan Kurang dari 15 Menit (kanan) ...◆	126
Diagram 50	Perbandingan Penilaian Rumah Tangga terhadap Layanan Kegawatdaruratan saat Menggunakan JKN dengan Sebelumnya◆	127
Diagram 51	Permasalahan yang Dialami RT saat Mengakses Layanan Obat dengan JKN◆	128
Diagram 52	Jenis Alat Kesehatan yang Sedang Digunakan oleh RT◆	131
Diagram 53	Keluhan RT saat Mengakses Layanan Alat Kesehatan Menggunakan JKN.....◆	131
Diagram 54	Jenis Biaya Tambahan berdasarkan Layanan Kesehatan◆	141
Diagram 55	Biaya Transportasi yang Dikeluarkan untuk Mengakses FKTP (Kiri) dan FKTL (Kanan).....◆	141
Diagram 56	Jenis pengeluaran yang dibuat dalam OOP pada tingkat FKTP◆	143
Diagram 57	Jenis Pengeluaran yang Dibuat dalam OOP pada Layanan Tingkat Lanjut◆	143
Diagram 58	Upaya Rumah Tangga saat Kesulitan Membayar Biaya Tambahan◆	145
Diagram 59	Jenis Aset yang Dijual.....◆	145
Diagram 60	Jenis Biaya (Non-Kesehatan) Perhari yang Dikeluarkan di Rumah Sakit.....◆	146

Daftar Tabel

Tabel 1	Kerangka Pemikiran.....	◆	43
Tabel 2	Kerangka Informan.....	◆	47
Tabel 3	Lokasi dan Sebaran <i>Sampling</i> Penelitian.....	◆	53
Tabel 4	Variasi Paket Manfaat Program Jaminan Sosial Kesehatan di Indonesia	◆	58
Tabel 5	Kelompok Kepesertaan JKN	◆	64
Tabel 6	Kriteria Penetapan Penerima Bantuan Iuran	◆	67
Tabel 7	Cakupan Kepesertaan PBI Menurut Wilayah Penelitian.....	◆	69
Tabel 8	APBN Kesehatan Tahun 2015 – 2017	◆	75
Tabel 9	Alokasi Anggaran Iuran PBI Tahun 2015 dan 2016	◆	77
Tabel 10	Alokasi APBD 2014 di wilayah penelitian.....	◆	77
Tabel 11	Perbandingan Jarak Tempat Tinggal Rumah Tangga ke FKTP dan FKTL	◆	86
Tabel 12	Frekuensi Penilaian Rumah Tangga Mengenai Jarak Tempat Tinggal Rumah Tangga ke FKTP dan FKTL.....	◆	86
Tabel 13	Frekuensi Penilaian RT Rumah Tangga Mengenai Waktu Tempuh dari Tempat Tinggal ke FKTP dan FKTL.....	◆	87
Tabel 14	Jenis Kendaraan yang Digunakan Rumah Tangga untuk Mencapai FKTP dan FKTL	◆	87
Tabel 15	Tingkat Kesulitan Rumah Tangga untuk Mendapatkan Alat Transportasi Menuju FKTP DAN FKTL	◆	88
Tabel 16	Dimensi Penelitian.....	◆	134
Tabel 17	Hasil Pengujian Model Kebijakan	◆	134
Tabel 18	Hasil uji Stuctural Equation Model dan Confirmatory Factor Analysis.....	◆	135
Tabel 19	Ekuitas Kesehatan.....	◆	136

Tabel 20	Kualitas Layanan.....	◆	136
Tabel 21	Pemanfaatan Layanan	◆	137
Tabel 22	Akses Layanan	◆	137
Tabel 23	Ekuitas Setiap Daerah Penelitian	◆	138
Tabel 24	Tabel Biaya Transportasi untuk Mencapai FKTP dan FKTL per 1 x Perjalanan	◆	142
Tabel 25	Analisis Deskriptif Terhadap Variabel Out of Pocket	◆	147
Tabel 26	Analisis Inferensial Uji 1 Rerata Terhadap Variabel Out of Pocket	◆	148
Tabel 27	Analisis SEM untuk Model Persamaan Pengaruh Variabel Ekuitas	◆	148
Tabel 28	Dukungan Pemerintah untuk Biaya Out of Pocket	◆	149
Tabel 29	Prioritas Perbaikan berdasarkan Urutan Faktor Utama yang Mempengaruhi Kemudahan RT	◆	161

Daftar Singkatan

ASABRI	Asuransi Angkatan Bersenjata Republik Indonesia
Askes	Asuransi Kesehatan
Askeskin	Asuransi Kesehatan Indonesia
Astek	Asuransi Tenaga Kerja
BKKBN	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPDPK	Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan
Bappeda	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Bappenas	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
Bazda	Badan Amil Zakat Daerah
BPS	Badan Pusat Statistik
BSM	Bantuan Siswa Miskin
CFA	<i>Confirmatory Factor Analysis</i>
DJSN	Dewan Jaminan Sosial Nasional
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKTL	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut
FKTRL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
GGHE	<i>Government General Health Expenditure</i>
INA-CBGs	Indonesian Case Based Groups
INA-DRGs	<i>Indonesia-Diagnostic Related Groups</i>
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamkesmasda	Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
JPK	Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
JPS	Jaring Pengaman Sosial

JPS-BK	Jaring Pengaman Sosial Bantuan Kesehatan
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
Kemensos	Kementerian Sosial
KIS	Kartu Indonesia Sehat
KIP	Kartu Indonesia Pintar
KKS	Kartu Kesejahteraan Sosial
KPLDH	Ketuk Pintu Layani Dengan Hati
LAKIP	Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
MPKP	Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PBPU	Peserta Bukan Penerima Upah
PDPSE-BK	Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan
Peksos	Pekerja Sosial
PHB	Perusahaan Umum Husada Bakti
PKH	Program Keluarga Harapan
PKPS-BBM	Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak
PMKS	Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial
PNS	Pegawai Negeri Sipil
PPLS	Pendataan Program Perlindungan Sosial
PSE	Pendataan Sosial Ekonomi
PSM	Pekerja Sosial Masyarakat
PvtHE	<i>Private Health Expenditure</i>
Raskin	Beras Miskin
RAB	Rencana Anggaran Belanja
RITL	Rawat Inap Tingkat Lanjutan
RS	Rumah Sakit
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah

RT	Rumah Tangga
RTJL	Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SEM	<i>Structural Equation Model</i>
SJSN	Sistem Jaminan Kesehatan Nasional
THE	<i>Total Health Expenditure</i>
TKSK	Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan
TNP2K	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
WEF	<i>World Economic Forum</i>
WHO	World Health Organization



Sambutan

Pembaca yang budiman,

Jika kita berada dalam suatu forum internasional yang membahas kesehatan rakyat di berbagai negara, tidak bisa dipungkiri bahwa rasa *minder* dan *gregetan* seringkali memenuhi diri. Betapa tidak, jika berbagai indikator status kesehatan seperti Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Balita, dan apa lagi produktivitas bangsa; Indonesia jauh tertinggal dari negara-negara setara. Yang dimaksud negara setara adalah negara berpendapatan menengah bawah (*low middle income countries*). Jika kita telah laporan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2000, jelas sekali korelasi rendahnya kinerja/status kesehatan bangsa berhubungan dengan rendahnya pendanaan atau belanja kesehatan Indonesia.

Karena sifat *uncertainty*, eksternalitas, dan informasi asimetrik yang tinggi maka pendanaan kesehatan tidak bisa diserahkan kepada masing-masing rumah tangga. Sebab, pendanaan kesehatan oleh rumah tangga (*out of pocket*) merupakan pendanaan yang paling regresif, paling memberatkan penduduk berpenghasilan rendah. Bahkan penduduk yang tidak kaya, dengan mudah jatuh miskin apabila ia terkena penyakit berat. Biaya berobat diatas Rp 50 juta sudah pasti memiskinkan penduduk yang bergaji Rp 20 juta sekalipun. Itulah sebabnya, tidak ada negara maju dan menengah yang membiarkan rakyatnya membayar sendiri-sendiri biaya berobat. Pendanaan kesehatan haruslah bersumber dari publik, yaitu didanai dari pajak penghasilan dan atau asuransi kesehatan sosial. Penduduk membayar pajak atau iuran jaminan kesehatan ketika sehat. Ketika sakit, mereka tidak perlu membayar. Namun, penduduk miskin, kurang mampu, bahkan penduduk bukan penerima upah (sektor *informal*) seringkali mendapat bantuan/subsidi untuk membayar iuran atau membayar biaya berobat. Tujuannya sederhana,

18

terwujudnya ekuitas egaliter yaitu akses layanan kesehatan yang berkualitas memadai sesuai kebutuhan medis seseorang terlepas dari kondisi ekonomi orang tersebut. Itulah tujuan utama pendanaan publik, *universal health coverage* yang dunia telah berkomitmen mewujudkannya di tahun 2030.

Negara-negara maju telah lama mendanai layanan kesehatan dengan porsi 70-85% bersumber dana publik. Sumber dana publik di Mungtai telah menembus 87%. Sementara Pemerintah Malaysia dalam dua dekade menanggung 50-60% belanja kesehatan rakyatnya. Pemerintah China yang di tahun 2000 sama dengan kita, kini telah menanggung 55% belanja kesehatan seluruh rakyatnya. Tetapi, Pemerintah Indonesia (termasuk belanja JKN/asuransi sosial) sejak 20 tahun silam hanya menanggung sekitar 40% belanja kesehatan seluruh rakyat, terendah. Belanja publik kesehatan Indonesia hanya US\$ 36/kapita di tahun 2014, yang dikelola BPJS Kesehatan hanya sekitar US\$ 27 per kapita per tahun. Rata-rata belanja kesehatan total dunia per kapita di tahun yang sama mencapai US\$ 1.061. Jangan heran jika kualitas dan produktifitas bangsa kita jauh tertinggal.

Indonesia harus mengeluarkan dana lebih banyak untuk menyelamatkan nyawa ibu, bayi, dan penduduk produktif. Tidak ada bukti bahwa UHC membuat suatu negara bangkrut.

Meskipun masih setengah hati dan selalu berkilah bahwa Pemerintah tidak memiliki cukup fiskal, penduduk miskin dan tidak mampu sudah dijamin melalui subsidi iuran JKN. Belum memadai, tetapi telah membantu sebagian penduduk yang terkena bencana sakit. Masih banyak masalah JKN, khususnya bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) seperti target yang tidak tepat, kartu JKN-KIS yang tidak akurat, dan informasi yang tidak memadai bagi peserta PBI. Disayangkan pula bahwa BPJS telah keliru menyebarkan informasi bahwa pemanfaatan (angka utilisasi) PBI rendah dengan menyajikan data klaim saja. Banyak

peserta JKN, apalagi peserta PBI yang bermasalah dengan kartu JKN-KIS, yang belum atau tidak menggunakan haknya, tidak menggunakan kartu JKN-KIS untuk berobat. Dengan demikian, klaim yang masuk ke BPJS Kesehatan adalah bias. Penelitian evaluasi, khususnya untuk mengukur apakah tujuan ekuitas egaliter sudah semakin baik, perlu mengkaji data populasi/komunitas, bukan data klaim BPJS Kesehatan. Selain itu, kajian berbasis populasi dapat menggali informasi lebih banyak tentang pemahaman JKN dan berbagai kontributor lain yang berkaitan dengan ekuitas dan protektabilitas JKN.

Penelitian Prakarsa ini dapat menjawab pertanyaan sejauh mana ekuitas telah diperbaiki. Namun demikian, metodologi yang digunakan masih belum sepenuhnya acak berbasis populasi, karena pengambilan sampel dimulai dari yang pernah menggunakan di fasilitas kesehatan. Penelitian ini, karenanya, tidak memotret peserta yang belum pernah menggunakan JKN, apakah karena tidak pernah sakit, tidak percaya dengan kualitas JKN, terlalu jauh dari fasilitas kesehatan yang melayani peserta JKN, tidak tahu, atau kartu JKN-KISnya bermasalah sehingga mereka tidak bisa menggunakannya. Meskipun terdapat keterbatasan penelitian ini, upaya evaluasi sejauh mana ekuitas telah membaik pada penduduk miskin dan tidak mampu telah memberi kontribusi bagi upaya perbaikan dan kesinambungan JKN.

Saya sangat bergembira dengan selesainya penelitian dan terbitnya hasil penelitian yang cukup besar ini. Penelitian ini mampu menambal beberapa bagian bangunan JKN yang belum baik. Selain kemajuan positif yang telah dicapai, penelitian Prakarsa ini telah pula menemukan bagian-bagian lemah yang perlu kajian lebih lanjut. Saya berharap, Prakarsa atau lembaga penelitian lain, dapat terus menyumbang satu atau dua ‘bata’ bangunan JKN agar kelak kita mampu mengejar ketertinggalan Indonesia dari negara-negara lain.

Selamat membaca para pemerhati JKN. Selamat sukses dan terus berkarya kepada peneliti Prakarsa. Terus tebar karsa dan karya untuk membangun negeri.

Salam

Profesor Hasbullah Thabrany

Guru Besar Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dan Anggota Badan Penasehat Ahli Perkumpulan Prakarsa

Jakarta, 17 Mei 2017



Kata Pengantar

Satu-dua tahun ini, kejadian pasien ditolak oleh penyelenggara pelayanan kesehatan sudah jarang sekali terdengar. Candaan bernada sarkas “sadikin, sakit dikit jatuh miskin” atau “orang miskin dilarang sakit”, sudah kurang relevan diketengahkan di ruang-ruang diskusi atau obrolan warung kopi. Saat ini, yang mengemuka adalah “sadiman, sakit dikit minta pelayanan”. Akibatnya, antrian di Puskesmas dan Rumah Sakit mengular. Pun, antrian di kantor-kantor BPJS Kesehatan.

Kondisi di atas sangat dipengaruhi oleh pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional/JKN BPJS Kesehatan. JKN-BPJS Kesehatan yang merupakan program jaminan sosial nasional bidang kesehatan mulai diluncurkan pada 1 Januari 2014 mengubah kondisi kesehatan dan pelayanan kesehatan di Indonesia. Proyeksi yang ditetapkan sangat menjanjikan, yakni terwujudnya *universal health coverage* (UHC), jaminan kesehatan semesta, untuk seluruh penduduk Indonesia. Tentu akan mengubah masa depan pembangunan kesehatan nasional yang lebih berkualitas, terjangkau dan merata.

Universal Health Coverage (UHC) merupakan bukti komitmen untuk kesetaraan (ekuitas) dalam akses pelayanan kesehatan secara semesta, setara kualitas dan aksesibilitasnya. Pemerintahan Presiden Joko Widodo menargetkan pada tahun 2019 pelaksanaan UHC akan tercapai. Dalam rentang penahapan menuju UHC inilah, Indonesia akan mengidap risiko terjadinya eksklusi kesehatan, mereka yang kurang mampu akan tertinggal dalam mendapatkan akses kesehatan yang mudah dan berkualitas. Menytir Tobin (1970) dan Sen (2002), ketidaksetaraan terutama dalam kesehatan sangat mencemaskan dan lebih parah dibandingkan dengan ketidaksetaraan di bidang lain.

Kondisi kesehatan seseorang sangat menentukan kapabilitas seseorang untuk dapat berfungsi secara utuh dan mengembangkan diri sebagai manusia. Jika kondisi kesehatan seseorang memburuk, maka produktivitasnya juga akan memburuk. Sayangnya, meskipun sangat vital posisinya, bidang kesehatan masih saja “dianaktirikan”. Bandingkan saja dengan kebijakan pendidikan, ekonomi, pertahanan-keamanan, infrastruktur dan lainnya. Coba kita tengok alokasi anggaran kesehatan di APBN maupun di APBD, jika dibandingkan dengan anggaran pendidikan, maka jomplang sekali. Untung saja tahapan menuju UHC sudah dimulai sejak 2014 dan untung saja sejak 2016 APBN sudah mulai mengalokasikan anggaran kesehatan 5% dari total APBN. Kabar baik lainnya, banyak pemerintah daerah yang sudah meningkatkan alokasi anggaran kesehatannya sebesar 10% dari total APBD. Meskipun baik di APBN maupun di APBD, alokasi anggaran tersebut masih termasuk untuk belanja pegawai bidang kesehatan, belum sepenuhnya untuk promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Secara umum, sejak JKN dilaksanakan, cakupan pelayanan kesehatan secara nasional makin luas dan makin berkualitas. Cakupan pelayanan kesehatan dalam skema JKN cukup luas, penyakit berat yang dulu tidak ditanggung oleh skema jaminan kesehatan masyarakat dan jaminan kesehatan daerah, saat ini sudah *discover* oleh BPJS Kesehatan, satu kemajuan yang patut diapresiasi. Penyakit-penyakit yang perawatan dan penyembuhannya membutuhkan biaya tinggi seperti serangan jantung, *stroke*, kanker, cuci darah, dan lain-lain ditanggung penuh. Pun, penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan seumur hidup, seperti diabetes mellitus, hipertensi, jantung, asma, penyakit paru kronis, epilepsi, skizofrenia, sirosis hepatitis, *stroke*, lupus dan lain sebagainya.

Meskipun cakupan dan pelayanan kesehatan sudah cukup baik, peningkatan pelayanan tetap perlu dilakukan mengingat masih banyaknya permasalahan pelaksanaan JKN. Kasus-kasus seperti pasien BPJS Kesehatan yang tidak kebagian kamar perawatan, pasien menumpuk di selaras, mengantri lama untuk mendapatkan pelayanan hingga *moral hazard* dari penyedia layanan kesehatan sampai *moral hazard* peserta BPJS Kesehatan yang tidak patuh dalam membayar iuran dengan memanfaatkan celah aturan yang ada dan lainnya masih marak terjadi.

Persoalan lain yang masih mengemuka adalah masih rendahnya aksesibilitas khususnya penduduk miskin dan kurang mampu yang disebabkan oleh kondisi internal dan eksternal. Misalnya, kesadaran pentingnya mengakses pelayanan kesehatan, jarak tempat tinggal dengan lokasi layanan kesehatan tingkat pertama

dan rujukan, terbatasnya kemampuan finansial untuk menjalani proses pengobatan (biaya non-medis), diskriminasi pelayanan, administrasi yang rumit dan lain-lain masih menjadi kendala sehari-hari.

Dengan fakta bahwa kelompok masyarakat miskin dan kurang mampu yang sangat rentan menghadapi situasi darurat kesehatan. Adanya skema Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang disediakan pemerintah kepada masyarakat miskin dan kurang mampu tidak secara otomatis menghilangkan permasalahan di atas dan permasalahan ekuitas pelayanan kesehatan. Ekuitas dalam pelayanan kesehatan merupakan jalan bagi pemerataan yang berkeadilan dan pemerataan. Ini penting karena dalam praktiknya, masih saja ada perbedaan perlakuan pelayanan kesehatan yang berbeda bagi peserta JKN PBI dan non-PBI, ini mengindikasikan adanya ketidakadilan. Padahal, JKN diharapkan dapat melingkupi seluruh rakyat Indonesia di manapun berada dengan apapun status yang dimilikinya.

Untuk itu, Perkumpulan Prakarsa, lembaga penelitian dan advokasi kebijakan yang dalam satu dekade ini aktif mempromosikan UHC dan inovasi kebijakan kesejahteraan memandang perlu untuk melakukan penelitian yang secara khusus menyorot pengaruh antara implementasi kebijakan pemberian bantuan iuran BPJS kepada masyarakat miskin dan hampir miskin terhadap tingkat ekuitas kesehatan di Indonesia. Menurut hasil cermatan kami, ini adalah penelitian yang pertama dilakukan. Kami berharap penelitian ini dapat menjawab pertanyaan pokok antara lain: apakah model kebijakan bantuan iuran dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat menunjang ekuitas kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia?; efektivitas bantuan iuran dalam mengurangi pengeluaran *out of pocket* dari pasien dan keluarganya saat mengalami sakit?; dan apa faktor-faktor yang turut mempengaruhi implementasi kebijakan bantuan iuran bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia?

Penelitian ini merupakan penelitian terbesar yang pernah kami lakukan, baik dari sisi durasi waktu, biaya maupun jumlah respondennya. Penelitian yang kami lakukan ini efektif berjalan lebih kurang 9 bulan, di 11 Kabupaten/Kota yang tersebar di wilayah Sumatera Utara, Riau, Lampung, Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara dan Nusa Tenggara Barat, dan dengan jumlah responden sebanyak lebih dari 1300 orang. Penelitian ini bagian dari program yang sedang kami jalankan yang bekerja sama dengan Brot fuer die Welt (BfdW) yakni “Monitoring the Implementation of Universal Health Insurance in Indonesia and Strengthening Health Planning and Budgeting at the Sub-national Level”.

Laporan penelitian yang ada di genggaman Anda ini, kami harapkan dapat berkontribusi bagi semua pihak yang punya komitmen untuk melakukan perbaikan kebijakan dan pelaksanaan JKN-KIS (Kartu Indonesia Sehat) BPJS Kesehatan. Penelitian ini juga bagian dari komitmen kami untuk terus menerus secara konsisten melakukan produksi pengetahuan dan *sharing knowledge*. Selain itu, penelitian ini juga kami arahkan untuk memperkuat tradisi baru di Indonesia yakni tradisi advokasi kebijakan yang berbasis bukti-bukti (*evidences based policy-advocacy*). Besar harapan kami kepada para pihak untuk memberikan respon atas penelitian ini dengan cara memberi *feedback* atau turut mengembangkan kajian-kajian yang lebih memadai di kemudian hari.

Kami mengucapkan terima kasih kepada Brot fuer die Welt (BfdW) yang mendukung pendanaan pelaksanaan penelitian ini. Secara khusus, kami atas nama Perkumpulan Prakarsa menyampaikan apresiasi kepada tim peneliti di Prakarsa: Maria Lauranti sebagai Principle Researcher, Eka Afrina sebagai Researcher dan Dia Mawesti sebagai Research Assistant, yang turut didukung oleh teman-teman Prakarsa lainnya, Victoria Fanggidae, Dwi Rahayuningrum, Syukri Rahmadi dan Muto Sagala. Rasa penghargaan kami juga kami sampaikan pada segenap peneliti lainnya yang turut memberikan kontribusi atas suksesnya pelaksanaan penelitian ini. Selain itu, bimbingan dan arahan yang telah disediakan oleh para ahli di bidang kesehatan, kebijakan dan metodologi penelitian sungguh telah meningkatkan kualitas penelitian, di antaranya kepada yang terhormat Prof. Hasbullah Thabrany, Dr. Alin Halimatussadiyah, dan Fajar Luhur Marta. Tidak terkecuali BPJS Kesehatan yang telah berkoordinasi selama penelitian berlangsung, dinas terkait di setiap lokasi penelitian, pihak Rumah Sakit yang menerima para peneliti dalam proses pengambilan data, serta narasumber lainnya yang memberikan waktu dan informasi berharga untuk perbaikan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia. Sesungguhnya, kontribusi anda merupakan kontribusi untuk negara kita tercinta.

Demikian kata pengantar dari kami. Selamat membaca dan salam kebangkitan nasional...

Jakarta, 20 Mei 2017

Ah Maftuchan

Direktur Eksekutif Perkumpulan Prakarsa



Ringkasan Eksekutif

Pelayanan kesehatan adalah hak asasi manusia yang menjadi hak dasar manusia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu kebijakan dalam pemenuhan hak kesehatan bagi warga negara. JKN menjadi bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak dan diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

Pembangunan sektor kesehatan tidak hanya memiliki nilai-nilai strategis untuk mendukung pengembangan sumber daya manusia yang sehat dan produktif serta sebagai investasi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dalam jangka panjang. Pemenuhan hak dasar kesehatan seringkali menjadi tantangan tersendiri bagi pemangku kebijakan.

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengamanatkan bahwa pelaksanaan jaminan sosial, jaminan kesehatan menjadi tanggung jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Pelaksanaan JKN oleh BPJS Kesehatan resmi diluncurkan pada 1 Januari 2014, hal ini berusaha untuk mendorong terciptanya *Universal Healthcare Coverage*-Cakupan Kesehatan Semesta) (UHC) dengan menyatukan berbagai

skema asuransi pemerintah dibawah satu badan asuransi sosial. Jaminan Kesehatan Nasional didasari oleh prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

Pemerintah telah menyediakan skema kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebagai perlindungan agar masyarakat miskin agar terhindar dari pengeluaran kesehatan yang tinggi dan memiskinkan. Namun, upaya ini tidak secara otomatis menghilangkan permasalahan lain seperti ekuitas pelayanan kesehatan. Ekuitas dalam pemberian pelayanan kesehatan merupakan pemerataan peluang keadilan dan kesejajaran kepada dua atau lebih kelompok dalam hal pelayanan kesehatan.

Amanah UUD sesuai dengan visi dan misi BPJS untuk melakukan cakupan semesta 2019. Diharapkan seluruh masyarakat Indonesia sudah bertanggung jaminan kesehatan. Perwujudan visi tersebut tentu harus didukung dengan misi-misi yang ada. BPJS melakukan penjangkauan kepesertaan secara bertahap dan saat ini target capaiannya sudah mencapai 66% dari seluruh peserta di tahun 2019. Perluasan jangkauan kepesertaan dan juga peningkatan pelayanan kesehatan dapat mendukung pencapaian SDGs (*Sustainable Development Goals*) dalam menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia.

Program yang diusung untuk mewujudkan SDGs dalam bidang kesehatan yakni paradigma sehat, pelayanan kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional. Paradigma sehat merupakan sebuah pendekatan yang mengedepankan konsep promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan dan menempatkan kesehatan sebagai input dari sebuah proses pembangunan. Pelayanan kesehatan yang dilakukan dan diarahkan untuk peningkatan Akses dan mutu pelayanan. Dalam hal pelayanan kesehatan primer diarahkan untuk upaya pelayanan promotif dan preventif, melalui pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan baik dalam tatanan tata kelola klinis, tata kelola manajemen dan tata kelola program. Jaminan Kesehatan Nasional, negara bertekad untuk menjamin seluruh penduduk dan warga negara asing yang tinggal di Indonesia dalam pelayanan kesehatannya.

Untuk melihat seberapa besar perhatian negara kepada masyarakat miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan perlu dilakukan dengan temuan-temuan berbasis bukti dalam suatu penelitian. Penelitian tentang ekuitas JKN bagi masyarakat miskin penting untuk dilakukan guna mendapatkan gambaran tentang keberpihakan negara kepada masyarakat miskin dalam memperoleh akses dan hak-haknya dalam bidang kesehatan. Hasil penelitian ini menjadi sangat penting disampaikan kepada pemangku kebijakan karena didapatkan berdasarkan bukti di lapangan.

Tujuan dari penelitian ini untuk menguji apakah model kebijakan bantuan iuran dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat menunjang ekuitas kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia. Selain itu juga untuk mendeskripsikan efektivitas bantuan iuran dalam mengurangi pengeluaran *out of pocket* dari pasien dan keluarganya saat mengalami sakit serta faktor-faktor yang turut memengaruhi implementasi kebijakan bantuan iuran bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia.

Variabel ekuitas layanan kesehatan dalam penelitian ini terdiri atas beberapa dimensi, yaitu (1) akses terhadap layanan kesehatan, terdiri dari subdimensi hak yang sama terhadap layanan kesehatan dan distribusi pelayanan kesehatan yang adil, (2) pemanfaatan terhadap layanan kesehatan, terdiri dari subdimensi fasilitas dan jenis layanan, (3) kualitas layanan kesehatan, terdiri dari subdimensi penerimaan pelayanan dan diskriminasi pasien.

Berdasarkan hasil pengolahan data, diketahui bahwa bantuan iuran dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai sebuah model kebijakan dinilai dapat menunjang ekuitas kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia. Dengan demikian, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial harus tetap menjaga konsistensi kebijakan dan sumberdaya untuk menunjang program bantuan iuran untuk kelompok miskin di Indonesia, sesuai dengan Peta Jalan Jaminan Kesehatan. Perbaikan tetap perlu diupayakan untuk meningkatkan ekuitas kesehatan.

Pada dimensi kualitas pelayanan, prioritas perbaikan dapat ditingkatkan untuk mengurangi ketidaknyamanan pasien di ruang tunggu, pemeriksaan dan/atau pelayanan, mengurangi kesulitan yang dihadapi di tingkat FKTP, meningkatkan kelengkapan fasilitas agar dapat memberikan perawatan yang sesuai untuk penyakit yang dikeluhkan pasien, dan tersedianya pelayanan yang mendahulukan lanjut usia, disabilitas dan wanita hamil.

Pada dimensi fasilitas layanan, uji statistik menempatkan upaya untuk mengatasi permasalahan rujukan sebagai prioritas utama untuk memudahkan peserta JKN mengakses layanan. Prioritas selanjutnya dapat diarahkan untuk meningkatkan rentang waktu layanan di FKTP/FKTL dan memudahkan mekanisme kepesertaan JKN.

Pada dimensi jenis layanan, prioritas perbaikan dapat didahulukan untuk memastikan kelengkapan dan ketersediaan obat yang dijamin oleh JKN, dan

meningkatkan seluruh jenis layanan yang disediakan dalam skema JKN serta mengurangi prosedur administrasi yang berbelit-belit.

Pada dimensi akses layanan, pemerintah perlu mengupayakan agar persoalan biaya transportasi yang tinggi, jarak ke FKTP dan/atau FKTL yang jauh, serta waktu tempuh yang lama tidak memberatkan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Selain itu, keterampilan tenaga kesehatan untuk berkomunikasi sangat penting untuk memudahkan peserta JKN dalam memanfaatkan JKN dengan efisien dan efektif.

Efektivitas bantuan iuran dalam mengurangi *out of pocket* dari pasien dan keluarganya menjadi penting untuk diwujudkan. Kelompok miskin yang hendak memiliki pelayanan kesehatan yang berkualitas, mereka harus mengeluarkan biaya yang lebih untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung dalam JKN. Sebagai kelompok rentan, kesulitan yang dihadapi dalam menutup biaya *out of pocket* dapat memposisikan penerima bantuan iuran pada tingkat risiko yang lebih besar. Dalam konteks kesehatan pada kondisi ekonomi yang lebih sulit, pilihan untuk tidak berobat atau mengakses layanan diambil oleh rumah tangga karena tidak mampu memenuhi biaya *out of pocket*, meskipun mereka dapat memanfaatkan JKN.

Prioritas perbaikan dalam mengatasi permasalahan konkret terkait *out of pocket*, harus menjadi agenda utama Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, BPJS Kesehatan, Pemerintah Daerah dan pihak lainnya yang terkait untuk memastikan bahwa ekuitas kesehatan diwujudkan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Selain itu juga perlu keterlibatan dan partisipasi aktif dari penyedia layanan kesehatan, warga masyarakat agar keadilan bagi masyarakat miskin dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan baik.

Jakarta, Mei 2017



Bab I.

PENDAHULUAN

Sebagai sebuah persoalan global, kemiskinan memiliki definisi yang sangat luas dengan indikator dan karakteristik yang bervariasi. Ada beragam metode untuk mengukur angka kemiskinan di suatu negara yang masing-masing akan menghasilkan gambaran yang berbeda atas situasi yang ada. Salah satu pendekatan yang banyak dipakai untuk mengukur angka kemiskinan adalah dengan melihat dimensi pendapatan atau tingkat konsumsi. Jika diukur dari paritas daya beli sebesar \$2 per hari, di Indonesia terdapat 110 juta rakyat atau setara dengan 40% populasi yang hidup di bawah garis kemiskinan. Sementara jika menggunakan batas pengeluaran di angka \$3,10

per hari, jumlah penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan mencapai 103,2 juta atau 39,6% (World Bank, 2016).

Hasil berbeda ditemukan dalam penghitungan standar garis kemiskinan yang ditetapkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Dengan menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*), kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Dengan Garis Kemiskinan berupa konsumsi sebesar Rp 354.386 per kapita perbulan, BPS mencatat bahwa penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan adalah sebesar 27,76 juta orang atau 10,70 % dari populasi (BPS, 2016). Cara lain adalah dengan melihat kemiskinan secara multidimensi. Pendekatan ini tidak mengukur kemiskinan melulu dari faktor pendapatan atau konsumsi semata, melainkan juga melihat dimensi kesehatan, pendidikan, dan standar kualitas hidup. Pada tahun 2014, tercatat ada 79,5 juta penduduk Indonesia yang mengalami kemiskinan multidimensi atau setara 31,5% dari total 252 juta penduduk di mana 3 dari 10 rumah tangga yang mengalami kemiskinan multidimensi (Prakarsa, 2016).

Akurasi data kemiskinan merupakan faktor penting dalam formulasi kebijakan penanggulangan kemiskinan. Perbedaan persepsi dan metode yang digunakan untuk mengukur kemiskinan membuat penghitungan angka kemiskinan tidak mudah, ditambah lagi kemiskinan bersifat multidimensi dan dinamis. Merujuk pada jumlah penduduk miskin yang dihasilkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), seseorang disebut miskin jika pengeluarannya per bulan di bawah Garis Kemiskinan yang telah ditetapkan. Orang dengan pengeluaran sedikit di atas garis batas disebut sebagai kelompok hampir miskin (*near poor*). Mereka adalah orang-orang yang rentan jatuh miskin dan sensitif terhadap turbulensi perubahan ekonomi, finansial dan kebijakan pemerintah. Salah satu tantangan dalam penanggulangan kemiskinan di Indonesia adalah menjaga pendapatan kelompok hampir miskin agar tidak jatuh ke bawah garis kemiskinan.

Isu kesehatan terintegrasi dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/ SDGs*) nomer 3 yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Di Indonesia, tujuan pembangunan bidang kesehatan ini diturunkan dalam program Indonesia Sehat dengan tiga pilar yakni paradigma sehat, pelayanan kesehatan, dan jaminan kesehatan nasional. Melalui Jaminan Kesehatan Nasional yang efektif diterapkan pada 1

Januari 2014, setiap warga negara dapat mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif yang mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan biaya terjangkau karena menggunakan sistem asuransi sosial. Hal ini sejalan dengan tujuan SDGs poin 3.8 yakni mencapai cakupan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko keuangan, akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang baik, serta akses terhadap obat-obatan dan vaksin dasar yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua orang.

Dalam kerangka kerja Pemantauan Perkembangan *Universal Health Coverage* (UHC) di tingkat negara dan global, WHO menyatakan bahwa jantung UHC adalah komitmen untuk kesejajaran (ekuitas). Namun di beberapa negara yang tengah menuju UHC termasuk Indonesia, terdapat risiko bahwa mereka yang miskin dan kurang beruntung di dalam masyarakat akan tertinggal di belakang (WHO, 2013). Pemenang hadiah Nobel James Tobin (1970) dan Amartya Sen (2002), berpendapat bahwa ketidaksetaraan terutama dalam kesehatan sangat mencemaskan—lebih dari ketidaksetaraan di berbagai bidang lain. Kesehatan dan perawatan kesehatan merupakan bagian integral dari kemampuan seseorang untuk berfungsi secara utuh dan mengembangkan diri sebagai manusia. Menurut Sen, kesehatan adalah salah satu kondisi paling penting dari kehidupan manusia dan unsur kritis yang mendasar secara signifikan pada kemampuan manusia yang mana kita mempunyai alasan untuk menghargainya. Sayangnya, kekhawatiran akan ancaman kematian anak-anak di bawah umur lima tahun atau kematian akibat penyakit kronis yang secara sistematis mengancam kelompok masyarakat miskin masih belum menjadi fokus kepedulian masyarakat. Ketidaksetaraan dalam pengeluaran pembiayaan sendiri atau mandiri (*out of pocket*) juga perlu mendapat perhatian serius. Jika masyarakat miskin dipaksa menghabiskan sejumlah besar pendapatan mereka yang terbatas untuk membiayai perawatan kesehatan, maka mereka terancam tidak memiliki sumber daya yang memadai untuk makan dan tempat tinggal (O'Donnell, O., Doorslaer, E.V., Wagstaff, A., Lindelow, M., 2008).

Dalam pembukaan UUD 1945 secara tegas tertulis bahwa tujuan negara Republik Indonesia adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia serta untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Secara konstitusional negara memiliki kewajiban untuk menjaga, melindungi, mengayomi, membina, mendidik, dan mewujudkan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia. Hal ini dipertegas dalam

Pasal 28 H UUD 1945 yang menyatakan bahwa (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan; (2) Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan; (3) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat; (4) Setiap orang berhak mempunyai hak milik pribadi dan hak milik tersebut tidak boleh diambil alih secara sewenang-wenang oleh siapa pun.

Sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 34 Ayat (2), negara bertanggungjawab untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat sekaligus memberdayakan masyarakat yang rentan dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Hampir enam dekade pasca proklamasi kemerdekaan, pemerintah baru dapat mewujudkan tanggung jawab untuk menyediakan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat pada 19 Oktober 2004 melalui Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Asih E., 2014, p.13). Tujuh tahun setelah aturan tersebut disahkan, baru pemerintah membuat aturan turunan mengenai pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial melalui Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Asih E., 2014, p. 13).

Dalam UU tersebut, pelaksanaan jaminan kesehatan sepenuhnya menjadi tanggung jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Pada 1 Januari 2014 BPJS Kesehatan resmi meluncurkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan menyatukan berbagai skema asuransi pemerintah di bawah satu badan asuransi sosial untuk mendorong terwujudnya *Universal Healthcare Coverage/ UHC* (Cakupan Kesehatan Semesta). JKN didasari oleh prinsip asuransi sosial dan ekuitas. Harapannya, JKN dapat menyediakan dan memberikan cakupan dan kualitas kesehatan yang lebih baik untuk kurang lebih 250 juta rakyat Indonesia dalam jangka waktu lima tahun hingga 2019 (Clearstate, 2015, p. 8). Pada penghujung 2016, target capaiannya sudah mencapai 66% dari total jumlah penduduk.

Persoalan rendahnya aksesibilitas penduduk miskin pada pelayanan kesehatan dapat disebabkan oleh dua hal. Yang pertama adalah faktor internal yang datang dari individu misalnya rendahnya partisipasi masyarakat miskin dalam kegiatan pelayanan kesehatan dan terbatasnya kemampuan finansial mereka. Kedua adalah faktor eksternal seperti letak geografis yang jauh, kecukupan tenaga medis maupun

paramedis, perlakuan diskriminatif dari pemberi layanan kesehatan, prosedur administratif yang rumit, dan sebagainya (Widianto A.A., 2013).


Dari sejumlah studi yang telah dilakukan terlihat hubungan antara kemiskinan dan kesehatan (Usman, S., Widhyharto, D.S & Maika, A., 2010). Pasalnya, kesehatan adalah kondisi yang mampu menciptakan potensi yang ada dalam masyarakat menjadi lebih optimal, baik secara fisik maupun sosial. Adapun kemiskinan adalah faktor yang menghambat usaha-usaha untuk menciptakan kondisi semacam itu. Semakin tinggi angka kemiskinan akan menciptakan kondisi kesehatan yang semakin buruk pula. Buktinya, prevalensi penyakit infeksi di kalangan penduduk miskin (seperti demam berdarah, malaria, infeksi saluran pernafasan atas, diare) tergolong tinggi, demikian pula dengan angka kematian bayi dan ibu melahirkan. Berbagai masalah kesehatan lain juga banyak diketemukan di kelompok miskin terutama yang bermukim di daerah-daerah kumuh seperti *tuberculosis*, hipertensi, juga kekurangan gizi kronik (*marasmus* dan *kwashiorkor*) pada anak dan remaja.

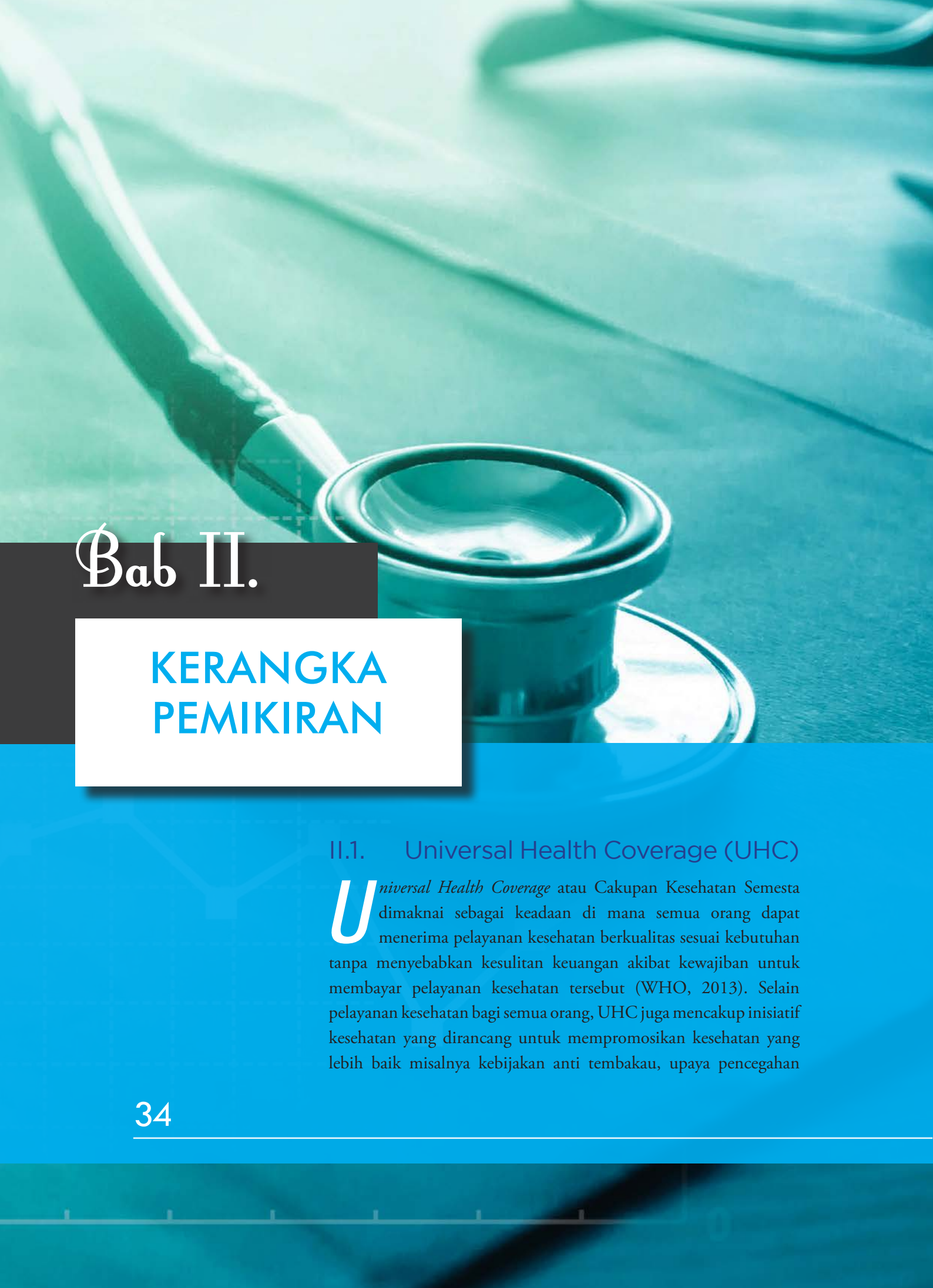
Kelompok masyarakat miskin sangat rentan ketika menghadapi situasi darurat dalam aspek kesehatan. Mereka umumnya tidak atau kurang memiliki kemampuan untuk menghadapi situasi tidak terduga yang secara signifikan menggerus pendapatan misalnya bencana alam, kondisi kesehatan yang membutuhkan biaya pengobatan yang relatif mahal, dan situasi-situasi darurat lainnya yang membutuhkan pembiayaan (Wini, H. 2010). “Kesehatan yang memiskinkan” terjadi ketika masyarakat miskin mengeluarkan uang dari kantong mereka sendiri (*out of pocket*) untuk pembiayaan kesehatan. Besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh rumah tangga termiskin untuk pengobatan dapat menjadi beban tersendiri bagi perekonomian rumah tangga. Hal ini akan mengarah ke pengeluaran katastrofik yang terjadi ketika total pengeluaran medis dari rumah tangga melebihi 10% dari total pengeluaran non-medis rumah tangga tersebut (Pradhan dan Prescott, 2002 dalam Sihombing, R. G., Nurul, T. 2013). Risiko pengeluaran katastrofik dan pengeluaran yang memiskinkan (*impoverishment expenditure*) sangat erat kaitannya dengan status ekonomi. Rumah tangga di kuintil yang lebih miskin lebih rentan terhadap risiko pengeluaran katastrofik yang memiskinkan (WHO).

Melalui skema kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI), pemerintah telah menyediakan perlindungan agar masyarakat miskin terhindar dari pengeluaran kesehatan yang katastrofik dan memiskinkan. Namun, upaya ini tidak secara otomatis menghilangkan permasalahan lain seperti ekuitas pelayanan kesehatan.

Ekuitas dalam pemberian pelayanan kesehatan merupakan pemerataan peluang keadilan dan kesejajaran kepada dua atau lebih kelompok dalam hal pelayanan kesehatan. Bilamana untuk pelayanan kesehatan yang sama terdapat perlakuan yang berbeda bagi peserta JKN PBI dan non-PBI misalnya, maka hal ini mengindikasikan adanya ketidakadilan. Harapannya, JKN yang merupakan amanat UU akan dapat melingkupi seluruh rakyat Indonesia di manapun berada dengan apapun status yang dimilikinya. Hingga saat ini, penelitian ini adalah kajian pertama yang secara khusus menyorot pengaruh antara implementasi kebijakan pemberian bantuan iuran BPJS kepada masyarakat miskin dan hampir miskin terhadap tingkat ekuitas kesehatan di Indonesia.

Maka dari itu, penelitian ini memiliki beberapa tujuan, yaitu; **(1) menguji apakah model kebijakan bantuan iuran dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat menunjang ekuitas kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia; (2) mendeskripsikan efektivitas bantuan iuran dalam mengurangi pengeluaran *out of pocket* dari pasien dan keluarganya saat mengalami sakit; dan (3) mendeskripsikan faktor-faktor yang turut mempengaruhi implementasi kebijakan bantuan iuran bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia.**





Bab II.

KERANGKA PEMIKIRAN

II.1. Universal Health Coverage (UHC)

Universal Health Coverage atau Cakupan Kesehatan Semesta dimaknai sebagai keadaan di mana semua orang dapat menerima pelayanan kesehatan berkualitas sesuai kebutuhan tanpa menyebabkan kesulitan keuangan akibat kewajiban untuk membayar pelayanan kesehatan tersebut (WHO, 2013). Selain pelayanan kesehatan bagi semua orang, UHC juga mencakup inisiatif kesehatan yang dirancang untuk mempromosikan kesehatan yang lebih baik misalnya kebijakan anti tembakau, upaya pencegahan

penyakit melalui vaksinasi, pemberian pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan paliatif yang berkualitas dan efektif (WHO, 2014).

Sebagai salah satu tujuan pembangunan di Indonesia, saat ini pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk mendorong pencapaian UHC. Salah satunya adalah dengan menginisiasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh penduduk melalui UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. UU ini menggarisbawahi bahwa setiap orang berhak atas Jaminan Sosial agar dapat memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak dan meningkatkan martabatnya. Penyelenggaraan JKN menggunakan prinsip asuransi sosial dan ekuitas (kesejajaran). Mekanisme asuransi sosial diharapkan dapat mengendalikan pembiayaan kesehatan dan menjamin pembiayaan kesehatan yang pasti dan terus menerus tersedia. Harapannya, hal ini pada gilirannya hal ini dapat mendorong terwujudnya sila ke-5 Pancasila yakni keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (Kemenkes, 2013). Hingga saat ini, JKN merupakan sistem pembayaran kesehatan tunggal terbesar di dunia (Infid, 2016).

II.2. Ekuitas Kesehatan (Health Equity)

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Ketika berbicara mengenai ekuitas sosial dan keadilan, kesakitan-penyakit dan kesehatan harus menjadi pokok perhatian utama (Sen, 2002). Pasalnya, ekuitas kesehatan berkelindan dengan masalah yang lebih besar yakni keadilan dan kesetaraan.

Mengacu kepada konsep yang dikemukakan oleh Margaret Whitehead (1985, h.7), ekuitas kesehatan berkaitan dengan upaya menciptakan kesempatan yang sama untuk mengakses kesehatan dan menurunkan perbedaan kesehatan sampai ke tingkat terendah. Berdasarkan definisi ini maka ekuitas dalam pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai: akses yang sama ke perawatan yang tersedia untuk kebutuhan yang sama, pemanfaatan yang sama untuk kebutuhan yang sama, dan kualitas perawatan yang sama untuk semua.

Menurut Whitehead (1985, h.8), definisi ini menyiratkan hak setara dengan layanan yang tersedia untuk semua orang, distribusi yang adil berdasarkan kebutuhan perawatan kesehatan dan kemudahan akses di setiap wilayah geografis, serta penghapusan hambatan lain untuk mengakses layanan. Salah satu contoh ekstrim dari akses yang tidak sama adalah ketika seseorang tidak dapat menggunakan layanan

kesehatan karena perbedaan tingkat pendapatan, ras, jenis kelamin, usia, agama, atau faktor lain yang tidak berkaitan langsung dengan kebutuhan untuk perawatan. Pada sebagian besar negara-negara Eropa, meski tak ada kasus kematian akibat kecelakaan lantaran tidak mampu membayar biaya pengobatan darurat, namun ketidakadilan akses dalam bentuk yang lain tetap terjadi. Di beberapa negara, pembatasan akses terhadap layanan kesehatan terjadi misalnya ketika pekerja migran dikecualikan dari layanan berbasis asuransi, kendala biaya transportasi yang dialami kelompok berpenghasilan rendah, serta jam operasional klinik kesehatan yang hanya bisa diakses oleh kelompok terbatas. Kelompok etnis minoritas juga terancam mengalami hambatan akses akibat kendala bahasa dan budaya.

Terkait konsep pemanfaatan yang sama untuk kebutuhan yang sama, Whitehead (1985, h. 9) menggarisbawahi pentingnya kehati-hatian dalam menafsirkan tujuan ini. Perbedaan di tingkat pemanfaatan layanan tertentu di antara kelompok sosial yang berbeda misalnya tidak secara otomatis menunjukkan terjadinya ketidakadilan. Alih-alih, hal tersebut mengindikasikan kebutuhan atas studi lanjutan untuk memastikan alasan di balik tingkat penggunaan yang berbeda. Pada beberapa kasus, perbedaan terjadi karena sebagian orang menggunakan haknya untuk tidak menggunakan layanan kesehatan, misalnya karena alasan agama atau etika. Sebaliknya, tingginya pemanfaatan di beberapa layanan bisa terjadi akibat pengobatan yang tidak diperlukan.

Whitehead (1985, h.9-10) juga mengemukakan bahwa setiap orang harus memiliki kesempatan yang sama untuk terpilih dan diperhatikan melalui prosedur yang adil berdasarkan kebutuhan, bukan berdasarkan pengaruh sosial. Hal ini menjadi kritis ketika terjadi kelangkaan atau pengurangan sumber daya. Dalam kondisi semacam itu, menjadi tidak adil jika salah satu kelompok sosial secara konsisten memperoleh layanan istimewa dibandingkan dengan kelompok yang kurang disukai, atau sebaliknya. Pembedaan kelompok semacam ini bisa terjadi karena faktor ras atau etnis sehingga secara konsisten mendorong kelompok yang kurang disukai ke belakang antrian untuk pengobatan. Kasus ketidakadilan semacam ini menjadi sorotan di Norwegia ketika terjadi diskriminasi dalam pemanfaatan layanan aborsi antara wanita yang berasal dari daerah berbeda berdasarkan interpretasi sewenang-wenang komite regional. Rasa ketidakadilan pada situasi ini menyebabkan tekanan publik yang mendorong terjadinya perubahan hukum yang berlaku di mana pada akhirnya pemerintah memberikan layanan aborsi dan kontrasepsi berdasarkan permintaan.

Kualitas perawatan yang sama untuk semua orang menyiratkan bahwa penyedia layanan harus berkomitmen untuk memberikan layanan yang setara untuk semua lapisan masyarakat dengan standar perawatan yang optimal dan profesional. Ketidakadilan timbul ketika pemberi layanan tidak memberikan usaha yang sama dalam pekerjaan mereka misalnya ketika memberikan waktu atau keahlian profesional yang tidak optimal (Whitehead, 1985). Ini terjadi ketika dokter memberikan layanan konsultasi yang lebih singkat dan jarang memberi rujukan layanan spesialis untuk pasien kelas bawah.

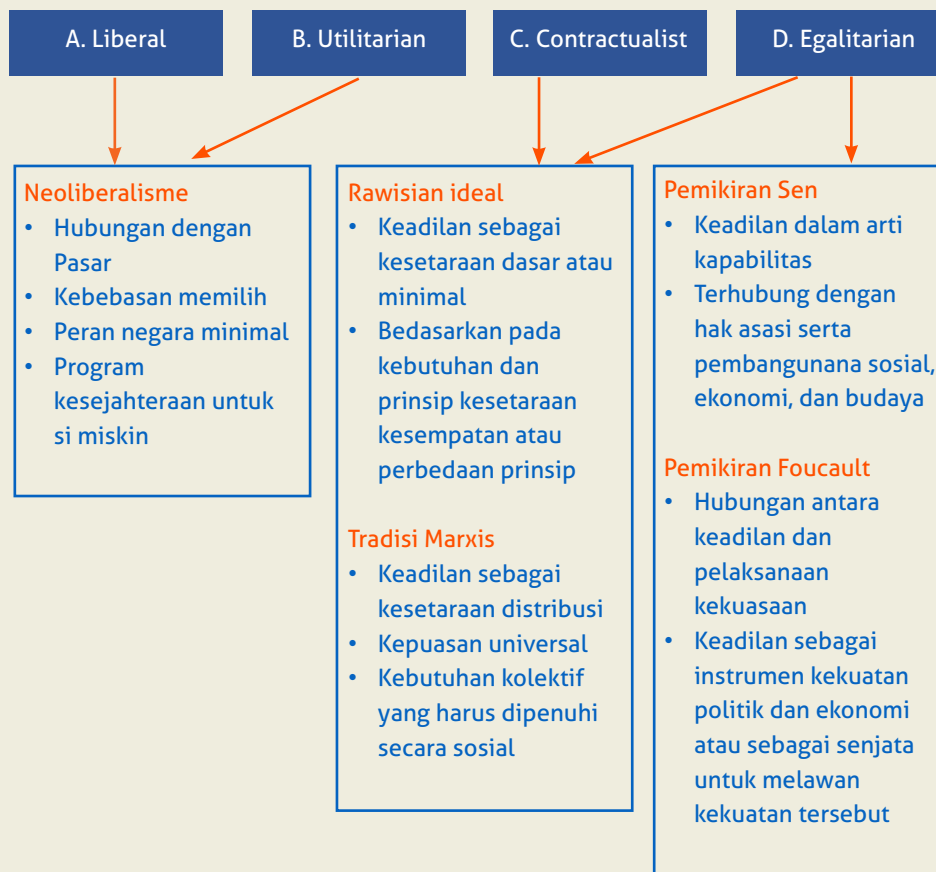
Penerimaan adalah komponen penting dari kualitas perawatan. Beberapa layanan dianggap tidak adil sehingga tidak dapat diterima oleh sebagian masyarakat yang menjadi target layanan mereka. Cara untuk mengatasi persoalan semacam ini adalah dengan memantau penerimaan dari para pengguna jasa sehingga kemudian dapat dilakukan penyesuaian yang membuat layanan tersebut lebih *user-friendly*.

Pemahaman mengenai ekuitas kesehatan secara lengkap dan komprehensif menjadi dasar dan panduan dalam pelaksanaan penelitian ini. Langkah awal yang dilakukan adalah memahami konsep teori keadilan sosial dan keadilan kesehatan. Vega-Romero (dalam Linares-Peres & Lopez-Arellano, 2008) menyebutkan empat konsep modern tentang keadilan dalam kesehatan yaitu: a). Liberal, b). *Utilitarian*, c). *Contractualist*, dan d). Egalitarian. Keempat konsep tersebut menjadi landasan sistem perawatan kesehatan saat ini dan dipengaruhi oleh beberapa pemikiran kontemporer.

Konsep egalitarian yang digunakan dalam penelitian ini banyak dipengaruhi oleh pemikiran Amartya Sen dan Michel Foucault. Sen menawarkan perspektif teoritis yang berbeda tentang keadilan dan kesetaraan kesehatan dengan menafsirkan kedua hal tersebut sebagai fungsi dari kemampuan individu untuk memenuhi hak sosial, ekonomi, dan pengembangan budaya. Konsep Sen dalam kesehatan merupakan interaksi timbal balik antara sarana, tujuan, serta faktor sosial lainnya dalam konteks pembangunan manusia.

Linares-Peres & Lopez-Arellano (2008) menggambarkan keempat konsep modern tentang keadilan dalam kesehatan melalui matriks berikut:

Bagan 1. Kerangka Berpikir: Konsep Dasar dari Keadilan Sosial dan Ekuitas Kesehatan



Sumber : Linares-Peres & Lopez-Arellano (2008)

Kesejahteraan warganegara merupakan tujuan sekaligus sarana untuk memajukan bangsa. Isu-isu strategis mengenai pembangunan manusia seperti kesehatan, pendidikan, jaminan sosial, dan ketenagakerjaan merupakan hal sentral dalam kebijakan kesejahteraan. Kesejahteraan dapat dicapai jika kemiskinan dapat ditanggulangi. Kemiskinan di sini bukan hanya dimaknai sebagai kondisi kekurangan secara ekonomi, namun juga soal keadilan karena kemiskinan bersifat multidimensi dan merupakan deprivasi terhadap kapabilitas manusia. Persoalan ketidakadilan berakar pada kesenjangan yang menyangkut asimetri akses dan kesempatan akibat kebijakan yang kurang tepat dan instrumen redistribusi yang berjalan kurang baik. Dalam penelitian ini, Konsep Egalitarian menjadi dasar untuk mendefinisikan dan

mengoperasionalkan ekuitas kesehatan menjadi indikator-indikator yang akan dapat digunakan untuk mengukur efektifitas bantuan yang diterima oleh peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS Kesehatan.

Istilah “ekuitas” sendiri berasal dari kata dalam bahasa Latin yakni *aequitas*, yang kemudian diturunkan juga dari kata *aequus* kata, yang berarti “sama” dalam konteks menempatkan sesuatu pada apa yang tepat sesuai dengan manfaat atau kondisi mereka (Ramirez dalam Linares-Peres & Lopez-Arellano, 2008).. Konsep ekuitas merupakan prinsip etis yang erat kaitannya dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia. Hak untuk sehat sebagaimana diatur dalam Konstitusi WHO dan perjanjian internasional terkait HAM merupakan hak untuk mendapatkan “standar tertinggi kesehatan”, Standar tertinggi kesehatan tercermin pada standar kesehatan yang dinikmati oleh kelompok yang paling diuntungkan secara sosial dalam masyarakat.

Pemerintah suatu negara dapat menentukan apa yang adil dan tidak dalam masyarakat dengan menghubungkan alokasi sumber daya yang diperlukan untuk kesehatan. Di beberapa negara, perempuan kehilangan hak-haknya lantaran penguasa menganggap bahwa ketidaksetaraan terjadi bukan karena ketidakadilan melainkan karena adanya perbedaan kapasitas antara peran laki-laki dan perempuan—argumen serupa juga digunakan sebagai justifikasi diskriminasi ras atau etnis.

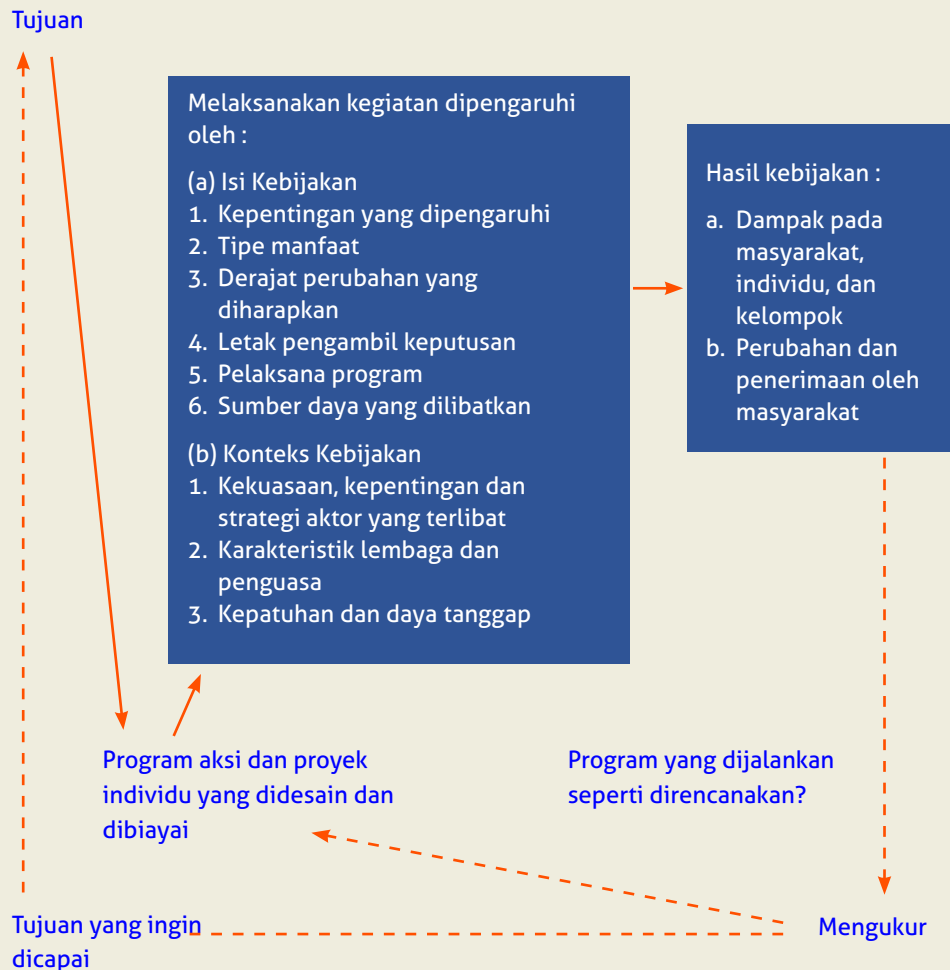
Linares-Peres & Lopez-Arellano (2008) memetakan beberapa konsensus pada berbagai aspek ekuitas kesehatan. Salah satunya adalah definisi yang mengakui adanya proses sosio-historis seperti kemiskinan, pendapatan, tingkat pendidikan, gizi, akses air minum, dan kondisi kesehatan. Ada pula konsensus yang secara khusus melihat aspek kesehatan seperti akses kepada perawatan kesehatan dasar dan perawatan di rumah sakit hingga ke perbedaan hasil (*outcome*) kesehatan di kelompok tertentu. Dus, secara konseptual ekuitas kesehatan dapat dilihat sebagai integrasi dua dimensi berbeda yang berkaitan erat yaitu konteks sosial untuk kesehatan dan kesehatan itu sendiri. Konteks sosial terdiri dari determinan sosial, ekonomi, politik, dan budaya yang diukur dengan kondisi kehidupan dan kerja dari kelompok sosial tertentu. Kondisi ini mengungkapkan secara bersama-sama dari kontradiksi di antara kelas, gender, etnis atau kebangsaan, dan usia atau generasi. Sementara itu, kesehatan itu sendiri diukur dengan tiga komponen yakni akses terhadap pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan, dan hasil kesehatan.

11.3. Efektivitas Kebijakan

Efektivitas bermula dari kata dasar efektif yang merupakan serapan dari bahasa Inggris yaitu *effective* (kata sifat). Kata ini berarti menciptakan hasil yang diinginkan, memiliki efek yang diinginkan, aktif, atau mulai berlaku. Efektivitas sendiri sepadan dengan kata *effectiveness* (kata benda) yang berarti sejauh mana suatu tujuan tercapai dan sejauh mana suatu masalah terselesaikan. Berbeda dengan efisiensi, efektivitas tidak mengacu pada biaya. Jika efisiensi berarti “melakukan sesuatu dengan benar”, efektivitas dimaknai sebagai “melakukan hal yang benar”. Efektivitas suatu kebijakan pada dasarnya dapat diketahui dengan melihat dua variabel besar (Merilee S. Grindle, 1980).

- a. Variabel isi kebijakan (*content of policy*) yang mencakup:
 - 1) Sejauh mana kepentingan kelompok sasaran (*target groups*) termuat dalam isi kebijakan.
 - 2) Jenis manfaat yang diterima oleh kelompok sasaran.
 - 3) Sejauh mana perubahan yang diinginkan dari kebijakan tersebut.
 - 4) Apakah kedudukan pembuat kebijakan sudah tepat.
 - 5) Apakah kebijakan telah menyebutkan pelaksana program secara rinci
 - 6) Apakah program didukung oleh sumberdaya yang memadai.
- b. Variabel lingkungan kebijakan (*context of implementation*) yang mencakup:
 - 1) Seberapa besar kekuasaan, kepentingan, dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan.
 - 2) Karakteristik institusi dan rejim yang sedang berkuasa.
 - 3) Tingkat kepatuhan dan respons kelompok sasaran.

Bagan 2 Model Implementasi Kebijakan Menurut Grindle



Sumber: Samodra Wibawa, 1994

Penjelasan lebih lanjut mengenai variabel isi kebijakan (*content of policy*) Model Grindle adalah sebagai berikut (Suwitri, 2009):

- 1) Sejauh mana kepentingan kelompok sasaran termuat dalam isi kebijakan (*interest affected*). Theodore Lowi (dalam Grindle, 1980) mengungkapkan bahwa jenis kebijakan publik akan berdampak tertentu pada kegiatan politik. Kebijakan publik yang dimaksudkan untuk menciptakan perubahan dalam hubungan sosial, politik, ekonomi, dan sebagainya akan mendorong munculnya perlawanan dari pihak-pihak yang kepentingannya terancam oleh kebijakan tersebut.

- 2) Jenis manfaat yang diterima oleh kelompok sasaran (*type of benefits*). Program yang memberikan manfaat secara kolektif atau terhadap banyak orang akan lebih mudah meraih dukungan dan tingkat kepatuhan tinggi dari kelompok sasaran atau masyarakat secara umum.
- 3) Sejauh mana perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan (*extent of change envisioned*). Jika jangkauan perubahan yang diharapkan bersifat jangka panjang, menuntut perubahan perilaku masyarakat, dan tidak secara langsung/ segera terasa manfaatnya, maka akan cenderung mengalami lebih banyak kesulitan dalam implementasinya.
- 4) Apakah letak sebuah program sudah tepat (*site of decision making*). Semakin tersebar kedudukan pengambil keputusan dalam implementasi kebijakan publik, baik secara geografis maupun organisatoris, akan semakin sulit pula implementasi program lantaran semakin banyak pengambil keputusan yang terlibat.
- 5) Apakah sebuah kebijakan telah menyebutkan siapa pelaksana program dengan rinci (*program implementors*). Birokrasi yang memiliki staf pelaksana program yang aktif, berkualitas, berkeahlian, dan berdedikasi tinggi terhadap pelaksanaan tugas akan sangat mendukung keberhasilan implementasi program.
- 6) Apakah sebuah program didukung oleh sumberdaya yang memadai (*resources committed*). Tersedianya sumberdaya yang memadai akan mendukung keberhasilan implementasi program atau kebijakan publik.

Adapun variabel lingkungan kebijakan (*context of implementation*) dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Seberapa besar kekuasaan, kepentingan, dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan (*power, interest, and strategies of actors involved*). Contohnya bilamana kekuatan politik berkepentingan atas suatu program, maka akan muncul strategi untuk mendorong keberhasilan program tersebut.
- 2) Karakteristik institusi dan rejim yang sedang berkuasa (*institution and regime characteristics*). Implementasi program bisa saja menimbulkan konflik antar kelompok yang kepentingannya dipengaruhi. Penyelesaian atas konflik ini turut menentukan siapa akan mendapatkan apa.
- 3) Tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran (*compliance and responsiveness*). Para pelaksana program harus tanggap terhadap kebutuhan

penerima manfaat sebagai bahan evaluasi pencapaian program dan menjaga basis dukungan yang penting bagi keberhasilan implementasi program.

Tabel 1 Kerangka Pemikiran

Kerangka Pemikiran		
Universal Health Coverage (UHC)	Ekuitas Kesehatan (<i>Health Equity</i>)	Efektivitas Kebijakan
Keadaan dimana semua orang dapat menerima pelayanan kesehatan berkualitas yang memenuhi kebutuhan mereka tanpa menyebabkan mereka masuk dalam kesulitan keuangan untuk membayar pelayanan kesehatan tersebut (WHO, 2013)	<p>Margaret Whitehead (1985); menciptakan kesempatan yang sama untuk mengakses kesehatan dan menurunkan perbedaan kesehatan sampai ke tingkat terendah.</p> <p>Ekuitas dalam pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akses yang sama ke perawatan yang tersedia untuk kebutuhan yang sama 2. Pemanfaatan yang sama untuk kebutuhan yang sama 3. Kualitas perawatan yang sama untuk semua 	<p>Sejauh mana suatu tujuan tercapai dan sejauh mana suatu masalah terselesaikan, efektivitas berarti "melakukan hal yang benar." Efektivitas kebijakan dapat dilihat dari isi kebijakan dan lingkungan implementasi (Grindle, 1980)</p> <p>Variabel isi kebijakan (<i>content of policy</i>) mencakup:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepentingan kelompok sasaran. 2. Manfaat yang diterima oleh target grup. 3. Perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan. 4. Ketepatan sebuah program. 5. Pelaksana kebijakan atau program. 6. Dukungan sumberdaya. <p>Variabel lingkungan kebijakan (<i>context of implementation</i>) mencakup:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuasaan, kepentingan & strategi aktor yang terlibat). 2. Karakteristik institusi dan rejim yang sedang berkuasa. 3. Tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran.





Bab III.

METODOLOGI

III.1. Metode Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan metode kombinasi/ *mixed methods* melalui *cross sectional design*. Disebut rancangan penelitian *cross-sectional* karena informasi mengenai X dan Y yang dikumpulkan hanya mewakili apa yang terjadi pada satu titik waktu tertentu (Olsen & St. George, 2004). Ini berarti pengukuran dan pengamatan dilakukan secara simultan pada satu waktu. Pengumpulan data primer diperoleh melalui kuesioner, wawancara dan observasi.

Sementara data sekunder diambil dari *desk review*, studi dokumen kebijakan, dan laporan-laporan penelitian sebelumnya yang sejenis.

Pendekatan *mixed methods* menggabungkan pendekatan kuantitatif dan kualitatif dalam satu studi. Pendekatan ini kurang dikenal bila dibandingkan dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif yang melakukan pengumpulan dan analisa data secara terpisah dan dalam studi tersendiri (Creswell 2003, p.15). Namun, mengingat metode kuantitatif dan kualitatif memiliki keterbatasan, para peneliti menganggap bahwa bias dari masing-masing metode dapat dinetralisir atau dihilangkan melalui pelibatan metode lainnya. Seperti yang disampaikan Creswell (2003, p.22) bahwa *mixed methods* berguna untuk menangkap bagian terbaik dari dua pendekatan sebelumnya. Pendekatan ini menggunakan strategi pencarian data secara simultan atau berurutan untuk memahami permasalahan penelitian. Pengumpulan data melibatkan pengumpulan informasi secara numerik serta teks sehingga *database* akhir penelitian mewakili kedua informasi, baik kuantitatif dan kualitatif. Pada metode kuantitatif, penelitian menggunakan survey rumah tangga. Pada metode kualitatif, penelitian menggunakan studi dokumen kebijakan, data sekunder, dan wawancara informan kunci.

III.2. Teknik Pengumpulan Data

III.2.1. Kuantitatif: Survey Rumah Tangga

Sampel merupakan salah satu unsur, bagian, atau anggota dari populasi yang dipilih melalui cara-cara tertentu, memiliki kriteria dan karakteristik, serta jelas dan lengkap yang menjadi objek penelitian. Harapannya, pemilihan sampel dapat mewakili populasi. Unit sampel dalam penelitian ini dipilih dengan menggunakan teknik *multistage random sampling* yaitu pemilihan sampel yang dilakukan secara bertingkat. Teknik ini merupakan pengembangan dari *random sampling* atau sampel acak kluster. Pada sampel acak kluster, hal pertama yang dilakukan adalah melakukan pengacakan pada gugus atau kluster dimana sampel berada. Unit sampel diambil dari gugus atau kluster yang terpilih. Sementara, pada *multistage random sampling* terdapat dua tahapan dalam penarikan sampel. Tahap pertama adalah menarik kluster dimana sampel berada dan selanjutnya melakukan penarikan unit sampel dari anggota dalam gugus atau kluster yang telah terpilih sebelumnya. Metode ini jamak dilakukan bilamana kluster yang ada sangatlah besar sehingga harus dipecah terlebih dahulu

ke dalam beberapa kluster. Setelah didapatkan kluster yang dimaksud, barulah dilakukan pemilihan unit sampel. Adapun alat yang digunakan terlebih dahulu diuji validitas dan reliabilitas untuk memenuhi kaedah metodologi kuantitatif dengan benar. Responden yang menjadi sasaran dari survei adalah pasien RJTL (Rawat Jalan Tingkat Lanjutan) dan RITL (Rawat Inap Tingkat Lanjutan) kelas III di RS tingkat A, B dan C yang menggunakan BPJS Kesehatan sesuai kerangka lokasi penelitian.

Atas dasar pertimbangan keterbatasan logistik dan *cost effectiveness*, penelitian ini tidak melakukan survey rumah tangga di komunitas, namun di rumah sakit. Penelitian berupaya untuk menurunkan potensi *inclusion error* dengan memastikan responden adalah orang yang sudah menggunakan pelayanan JKN baik dengan ataupun tanpa melalui prosedur rujukan. Pada saat yang sama penelitian memiliki kelemahan karena penelitian tidak dapat menggambarkan populasi yang tidak mengakses layanan JKN.

III.3.2. Kualitatif: Studi Dokumen dan Data Sekunder

Untuk memastikan bahwa penelitian ini dapat menggali informasi terkait kebijakan dan efektivitas UHC di Indonesia, maka penelitian akan diperkuat dengan kajian terhadap dokumen kebijakan yang terkait dengan UHC dan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dokumen kebijakan yang dikaji berupa Undang-Undang dan turunannya sampai ke peraturan di tingkat Kabupaten. Selain itu, informasi mengenai tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, data demografi dan lainnya dikumpulkan melalui data sekunder yang diminta dari SKPD terkait di tingkat Kota/Kabupaten.

III.3.3. Kualitatif: Wawancara Informan Kunci

Wawancara dilakukan dengan informan kunci yang dipilih dengan prinsip *non-probability sampling* di mana masing-masing informan memperkaya penelitian dengan data kualitatif yang berada pada tingkat *sampling* di luar rumah tangga. Teknik yang digunakan adalah *purposive sampling* dan *snowball sampling*. Berdasarkan konteks institusional di atas, maka informan yang diwawancara di setiap kabupaten adalah:

Tabel 2 Kerangka Informan

Tingkat	Instansi
Pusat	Kementerian Kesehatan
	Kementerian Sosial
	Bappenas
	BPJS Kesehatan Pusat
	Ahli Kebijakan Sosial-Kesehatan
Daerah	Bappeda Kabupaten/Kota
	Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
	Dinas Sosial Kabupaten/Kota
	BPJS Provinsi dan Kabupaten/Kota
	Rumah Sakit (A, B, C) sebagai lokus penelitian
	FKTP (Manajemen Puskesmas dan Klinik Swasta)
	Tenaga Kesehatan (Dokter, Perawat, Bidan, Kader)
	Penerima manfaat (PBI, PBPU, Non-BPJS)
	Informan kunci lainnya yang direkomendasikan

III.3. Structural Equation Model (SEM) dan Confirmatory Factor Analysis (CFA)

Statistik inferensial adalah teknik statistik yang digunakan untuk menggeneralisasikan data sampel terhadap populasi. Oleh karena itu terdapat nilai signifikansi (α). Dan dibagi menjadi dua macam yaitu statistik parametris dan non parametris. Dan pada penelitian ini yang digunakan adalah statistik parametris.

III.3.1. Definisi

Salah satu kegunaan analisis faktor adalah untuk menilai faktor apa saja yang dianggap layak (*appropriateness*) untuk dimasukkan dalam analisis selanjutnya (Singgih, 2004). Kegunaan lain dari analisis faktor adalah untuk mengelompokkan variabel (Hair, Anderson, Tatham dan Black, 1998).

Analisis faktor berdasarkan tujuannya dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu Analisis Faktor Eksploratori (*Exploratory Factor Analysis*) dan Analisis Faktor Konfirmatori (*Confirmatory Factor Analysis*). Pada Analisis Faktor Eksploratori peneliti memiliki sedikit atau tidak memiliki pengetahuan tentang struktur faktor. Pada prinsipnya, peneliti akan melakukan eksplorasi, dari indikator-indikator atau variabel-variabel manifes yang ada, nantinya akan terbentuk faktor-faktor, yang kemudian dilakukan interpretasi terhadapnya untuk menentukan variabel-variabel manifes apa yang dapat diperoleh. Sedangkan pada Analisis Faktor Konfirmatori peneliti secara apriori berdasarkan landasan teori dan konsep yang dimiliki sudah mengetahui berapa banyak faktor yang harus terbentuk, serta variabel-variabel teramati apa saja yang termasuk ke dalam faktor-faktor tersebut. Dengan kata lain peneliti telah mengasumsikan bahwa struktur faktor telah diketahui atau dihipotesiskan. Analisis faktor konfirmatori adalah analisis faktor yang digunakan dengan tujuan untuk menguji atau mengkonfirmasi secara empiris model pengukuran (*measurement model*) sebuah atau beberapa variabel manifes. Analisis faktor konfirmatori tidak dimaksudkan untuk menghasilkan model, melainkan menguji model pengukuran yang dikembangkan atas dasar kajian teoritis tertentu (Maruyama, 1998: 139-140). Masalah penelitian dalam kerangka analisis faktor konfirmatori berkisar pada dua pertanyaan berikut:

1. Apakah model pengukuran konstruk yang diusulkan sesuai atau cocok dengan data?
2. Dilihat dari indikator atau variabel-variabel manifesnya, karakteristik dominan apa yang membentuk konstruk tersebut?

Model persamaan pengukuran untuk y

$$y = \Lambda_y \eta + \varepsilon$$

Model persamaan pengukuran untuk x

$$x = \Lambda_x \xi + \delta$$

III.3.2. Proses Pemodelan Persamaan Struktural

Bollen dan Long (1993, dalam Kelloway, 1998 hal.7-22, Schumacker & Lomax, 1996, hal. 63-64) terdapat lima tahap dalam pemodelan persamaan struktural yaitu:

1. Spesifikasi Model

Pada tahapan spesifikasi model pada dasarnya merupakan suatu proses formulasi teori-teori kausalitas. Titik permulaan proses ini, peneliti mengumpulkan semua informasi atau melakukan studi literatur bisa berupa laporan-laporan ilmiah, hasil-hasil penelitian sebelumnya atau laporan-laporan lain yang ada kaitannya dengan penelitian.

Setelah melakukan studi literatur, peneliti mencoba untuk merumuskan suatu hipotesis yang bersifat kausalitas. Ada tiga tahapan proses melakukan spesifikasi model (Saris & Stronkhost, 1984): Pertama, menginventarisir semua variabel dari sumber-sumber teoritis atau empiris. Kedua, melakukan *causal ordering* dari semua variabel yang diinventarisir tersebut. Ketiga, merumuskan hipotesis yang bersifat kausalitas.

2. Identifikasi Model

Hal yang berkaitan dengan tahap ini adalah tentang masalah taksiran dari parameter-parameter dalam model tersebut, apakah kita dapat melakukan penaksiran dengan solusi tunggal atau tidak. Syarat perlu agar kita dapat mengidentifikasi taksiran parameter adalah banyaknya korelasi antara variabel yang diukur lebih besar atau sama dengan jumlah parameter yang ditaksir $p \frac{(p-1)}{2}$ (Kenny, 1979). Jika banyaknya variabel yang diukur adalah P, maka banyaknya korelasi adalah parameter yang dihitung termasuk: (a) semua koefisien jalur (b) semua korelasi untuk variabel eksogen, dan (c) semua korelasi antara *disturbances*, tetapi tidak termasuk koefisien jalurnya.

Yang lebih sederhana, syarat perlu yang diungkapkan oleh Saris & Stronkhorst (1984), dan Raykov & Marcoulides (2000) menggunakan derajat bebas (*degree of freedom, df*) dengan rumus sebagai berikut:

$$df = p \left(\frac{p+1}{2} \right) - t$$

dengan, t menunjukkan banyaknya parameter model yang ditaksir.

Syarat perlu (*necessary conditions*) bahwa model dikatakan *just-identified* jika berlaku $df \geq 0$. Jika suatu model *just identified* akan diperoleh suatu taksiran tunggal (*unique*). Jika Persamaan tersebut bernilai negatif, maka model dikatakan sebagai *underidentified*.

3. Metode Estimasi

Pada tahap ini, peneliti perlu mengetahui tentang pengetahuan berbagai teknik estimasi seperti teknik kemungkinan maksimum (*maximum likelihood, ML*), kuadrat terkecil (*least squares*) yang biasa (*ordinary, LS*) atau umum (*generalized, GLS*), dan lain sebagainya. Yang dimaksud dengan pengetahuan di sini meliputi skala pengukuran yang digunakan, asumsi-asumsi, sifat-sifat dari penaksiran, distribusi peluangnya, dan prosedur perhitungan.

Analisis faktor umumnya menggunakan matriks kovarians (matriks dispersi) dan matriks korelasi sebagai dasar analisis atau data masukan dalam paket-paket program statistik. Kedua matriks tersebut pada dasarnya adalah sama. Matriks kovarians merupakan matriks di mana unsur-unsur diagonal utama adalah ukuran varians dan unsur-unsur di luar diagonal utama merupakan ukuran kovarians. Pemilihan apakah matriks kovarians atau korelasi dalam suatu analisis data sebaiknya didasarkan kepada *theoretical concerns* dan preferensi disiplin ilmu pengetahuan. Secara teoritis, jika kita tertarik hanya pada pola hubungan antara variabel, matriks korelasi merupakan pilihan yang sesuai. Kelemahannya, penggunaan matriks korelasi menyederhanakan interpretasi karena informasi satuan pengukuran pengamatan akan hilang. Oleh karena itu pemilihan matriks kovarians sangat dianjurkan. Analisis faktor tidak selalu bebas dari satuan pengukuran. Yang jelas terdapat kasus suatu model akan fit untuk matriks korelasi, tetapi tidak selalu fit untuk matriks kovarians (Kelloway, 1998).

4. Evaluasi Model

Tujuan analisis faktor adalah untuk menguji apakah model yang diusulkan dalam diagram jalur (model teoritis) sesuai atau tidak dengan data. Evaluasi terhadap kinerja model tersebut dilakukan secara menyeluruh (*overall test*). Saat ini sudah tersedia cukup banyak instrumen statistik untuk menguji model tersebut.

Ukuran-ukuran kesesuaian dalam analisis fakto bisa dilakukan secara inferensial atau deskriptif. Statistik khi-kuadrat dapat digunakan untuk menguji kesesuaian model secara inferensial, sedangkan ukuran kesesuaian secara deskriptif yang dinyatakan dalam suatu indeks, misalnya yang sering digunakan adalah *goodness of fit Indices* (GFI), *adjustedgoodness of fit Indices* (AGFI).

5. Respesifikasi Model

Salah satu ciri yang harus dimiliki dari suatu model adalah model tersebut harus memiliki bentuk yang sesederhana mungkin (*parsimony*). Artinya, model tersebut

harus sarat dengan informasi dari fenomena yang sedang diteliti, tetapi bentuk atau variabel-variabel terdapat dalam model relatif sederhana.

Tujuan respesifikasi atau modifikasi model adalah mencari model yang sesederhana mungkin atau mendapatkan model yang benar-benar sesuai dengan data (MacCallum, 1986 dalam Kelloway, 1998). Respesifikasi dapat dilakukan dalam dua hal. Pertama, peneliti menghilangkan koefisien jalur yang tidak berarti (*nonsignifikan*) dari model melalui “*theory-trimming*” (Pedhazur, 1982). Kedua, peneliti dapat menambah jalur pada model yang didasarkan kepada hasil empiris..

III.3.3. Uji Keabsahan Data

Pengujian kualitas data (instrumen) dilakukan untuk menguji layak atau tidaknya instrumen yang telah dibuat sebelumnya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data dalam penelitian. Pengujian kualitas instrumen ini meliputi pengujian validitas dan reliabilitas instrumen.

a. Pengujian Validitas Instrumen

Validitas merupakan derajat ketepatan (kesahihan) yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Teknik analisis yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment*, yaitu dengan mengkorelasikan skor item dengan skor totalnya. Menurut Sugiyono (2008:212), rumus yang umum digunakan yaitu :

$$r_{xy} = \frac{\sum xy}{\sqrt{(\sum x^2)(\sum y^2)}}$$

Keterangan :

r = Koefisien korelasi

x = Jumlah skor tiap butir

y = Jumlah skor total seluruh butir

Salah satu teknik analisis pengujian validitas instrumen dengan SPSS (*Statistic Program for Social Science*) adalah menggunakan analisis *Alpha-Cronbach's*. Pengujian dilakukan dengan cara membandingkan nilai r hitung hasil SPSS dengan r tabel *Pearson Product Moment* dengan n (butir) dan taraf signifikansi yang ditentukan, yaitu 5%.

Ketentuan pengujian adalah apabila r hitung SPSS lebih besar dari pada r tabel, maka berarti butir instrumen yang diujicobakan valid sehingga layak untuk digunakan untuk mengumpulkan data, dan sebaliknya jika lebih kecil.

b. Uji Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas adalah derajat ketepatan atau keakuratan yang ditunjukkan oleh instrumen penelitian. Teknik uji yang digunakan adalah teknik korelasi belah dua (*split half*) dari Spearman Brown, dengan rumus seperti dikemukakan Sugiyono (2008:149) berikut :

$$r_i = \frac{2r_b}{1+r_b}$$

Keterangan :

r_i = reliabilitas internal seluruh instrumen.

r_b = korelasi *product moment* antara belahan pertama dan kedua.

Suatu instrumen variabel dikatakan reliabel jika nilai koefisien reliabilitas bernilai positif. Makin besar nilai koefisien reliabilitas menunjukkan makin handal instrumen variabel tersebut.

Pengujian reliabilitas dilakukan dengan membandingkan output nilai *Alpha-Cronbach's* dengan nilai r tabel dengan taraf signifikansi 5%. Ketentuan uji adalah jika nilai alpha lebih besar dari pada r tabel, maka instrumen dianggap reliabel. Pengolahan dan analisis data dalam pengujian validitas dan reliabilitas instrumen adalah menggunakan SPSS (*Statistic Program for Social Science*), dengan langkah-langkah operasional berpedoman pada Sumartiningsih et. al. (2007:45).

III.4. Lokasi Penelitian

Berdasarkan Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 170/HUK/2015 tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan, pada tahun 2016 peserta PBI berjumlah 92.4 juta orang. Populasi yang digunakan adalah pengguna layanan BPJS pada kelas III, baik peserta BPJS Kesehatan melalui skema PBI maupun mandiri. Dari penarikan sampel terpilihlah 11 Kota/Kabupaten dimana kegiatan ini dilakukan yaitu:

Tabel 3 Lokasi dan Sebaran *Sampling* Penelitian

No.	Kota/Kabupaten	RS	Jumlah sampel	Jumlah Enumerator	Tim Kualitatif
1	Kab. Karo	RS Ester	35	1	2
2	Kab. Bengkulu	RS Permata Hati	31	1	
3	Kota Bandar Lampung	RS Urip Sumoharjo	86	2	
4	Kota Jakarta Selatan	RSUD Pasar Minggu Minggu	163	3	3
5	Kab. Bogor	RSUD Ciawi, RSUD Cibinong	346	7	
6	Kota Depok	RS Bhakti Yudha, RS Graha Permata Ibu	132	3	
7	Kab. Semarang	RSUD Ambarawa	89	2	2
8	Kota Surabaya	RS PHC	31	4	
		RSUD Bhakti Darma Husada	173		
9	Kab. Lombok Timur	RS Dr. Sujono	163	4	1
10	Kota Manado	RS Pancaran Kasih	29	1	1
11	Kab. Polewali	RSUD Polewali	65	2	1
Total			1343	30	10

Sumber: hitungan peneliti

III.5. Sistem Informasi dan Manajemen Data

Pengelolaan data dilakukan untuk memastikan bahwa data kuantitatif dan kualitatif dapat diolah dengan klasifikasi dan organisasi yang teratur sesuai kebutuhan analisa. Adapun pengelolaan tersebut diatur dalam sebuah yang dikembangkan oleh peneliti bersama tim penarikan data di lapangan.

Data kuantitatif diambil melalui sistem aplikasi *OPEN DATA KIT* (ODK) untuk memudahkan proses penarikan, input, dan pembersihan data. Selanjutnya, data mentah ditransfer ke perangkat lunak SPSS atau STATA untuk analisis lebih lanjut.

Data kualitatif berupa dokumen kebijakan dan data sekunder untuk diolah dalam bentuk analisis kebijakan menggunakan NVIVO untuk taksonomi dan analisis teks.

III.6. Teknik Peningkatan Kualitas Penelitian

Perkumpulan Prakarsa melaksanakan penelitian secara profesional dan memastikan kaidah metodologi penelitian diterapkan selama penelitian berlangsung melalui cara-cara berikut:

1. Pengembangan Kapasitas melalui kemitraan dan pelatihan
Penarikan data menggunakan sumberdaya yang tersedia di level lokal melalui kemitraan dengan organisasi lainnya dalam jejaring organisasi, sementara manajemen penelitian tetap dilakukan oleh Perkumpulan Prakarsa. Pemilihan mitra dilakukan dengan memastikan *logistics feasibility*, kemampuan, dan kapasitas penelitian. Pelatihan dilakukan di Jakarta dan diselenggarakan oleh Perkumpulan Prakarsa.
2. Pemenuhan kriteria dan prinsip metode kombinasi (kuantitatif dan kualitatif) dengan melakukan uji validitas dan reliabilitas, memastikan saturasi dan triangulasi data. Triangulasi dilakukan pada tingkat metode (kuantitatif dan kualitatif), tingkat narasumber (rumah tangga, institusi pemerintah, dan non-pemerintah), juga di tingkat alat (kuesioner, kajian dokumen, dan wawancara).





Bab IV.

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

IV.1. Perjalanan Jaminan Kesehatan di Indonesia

Asuransi kesehatan mulanya diatur dalam UU No. 6 Tahun 1960 mengenai Pokok-Pokok Kesehatan yang mengatur amanat pengembangan dana sakit dan diberlakukan secara parsial karena situasi perekonomian Indonesia yang belum stabil. Upaya pengembangan asuransi kesehatan secara sistematis dikelola untuk pertama kalinya pada tahun 1968, yang secara khusus disediakan bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan keluarganya. PNS wajib menjadi peserta dan iuran ditetapkan berdasarkan

persentase gaji/upah yang diterima. Asuransi dikelola oleh Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang pada tahun 1984 diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bakti (PHB). Pada perkembangannya, PHB diubah menjadi PT Asuransi Kesehatan (Persero) berdasarkan PP No. 6 Tahun 1992, yang berhasil memperluas produk asuransinya kepada sektor swasta melalui PT Inhealth (anak perusahaan PT Asuransi Kesehatan).

Asuransi untuk pekerja sektor formal swasta pada tahun 1985 diakomodai oleh Asuransi Tenaga Kerja (Astek) yang menjadi cikal bakal PT Jamsostek. *Pilot project* yang dimiliki kala itu adalah Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Tenaga Kerja di lima Provinsi yang melayani 70.000 tenaga kerja. Pilot tersebut dinilai berhasil sehingga direplikasi secara nasional. Program ini diperkuat dengan hadirnya UU Jaminan Sosial Tenaga Kerja pada tahun 1992. Pertumbuhan kepesertaan saat itu tidak terlalu tinggi karena sifat kepesertaan oleh sektor swasta bersifat opsional.

Saat mengalami krisis pada tahun 1998, pemerintah mengembangkan sebuah Paket Skema Jaring Pengaman Sosial (JPS) untuk melindungi masyarakat miskin dengan memberikan subsidi pelayanan kesehatan melalui Jaring Pengaman Sosial Bantuan Kesehatan (JPS-BK). Target penerima JPS-BK ditentukan dari kategori

Amanah UUD sesuai dengan visi dan misi BPJS untuk melakukan cakupan semesta 2019. Diharapkan seluruh masyarakat Indonesia sudah bertanggung jaminan kesehatan dimana untuk mewujudkan visi tersebut tentu harus didukung dengan misi-misi yang ada. Untuk mencapai UHC, BPJS melakukan penjangkauan kepesertaan secara bertahap dan saat ini target capaiannya sudah mencapai 66% dari seluruh peserta di tahun 2019.

(BPJS Pusat MPKP, 2016)

yang dimiliki oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang membagi rumah tangga menjadi empat tingkat kesejahteraan, yaitu; Pra Sejahtera, Sejahtera I, Sejahtera II dan Sejahtera III. Penerima JPS-BK adalah keluarga dari kategori Pra Sejahtera berjumlah 7,4 juta rumah tangga yang setara dengan 15% total populasi penduduk Indonesia. Melalui koordinasi dari Kementerian Kesehatan, setiap Kabupaten/Kota membentuk tim badan pelaksana untuk mengelola dana program; puskesmas menerima dana kapitasi; dan rumah sakit dapat mengajukan klaim. Setelah itu JPS-BK mengalami perubahan menjadi Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE-BK) pada tahun 2002, dan sekali lagi mengalami perubahan menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM BidKes) pada tahun 2003.

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) digagas oleh Presiden Abdurrahman Wahid pada tahun 2000. DPR meluncurkan inisiatif untuk membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Nasional dalam rangka mewujudkan masyarakat Indonesia sejahtera. Presiden Megawati Soekarno Putri pada tahun 2001 membentuk Pokja SJSN yang merumuskan Naskah Akademik RUU SJSN. Inisiatif ini semakin kuat dengan amandemen UUD 1945 pada tahun 2002 yang menyelipkan amanah pengembangan SJSN pada pasal 34. DPR mengesahkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dibentuk pada tahun 2008 melalui Keppres No. 110 tahun 2008.

Sementara menunggu ditetapkannya UU BPJS, Kementerian Kesehatan meluncurkan Program Asuransi Kesehatan Indonesia (Askeskin) atau dikenal sebagai Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin pada tahun 2005 yang dikelola oleh PT Asuransi Kesehatan. Program ini ditanggung oleh pemerintah, dan mencakup; (1) terlaksananya registrasi masyarakat miskin yang tepat sasaran sebagai peserta program Askeskin; (2) terlaksananya pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif dalam meningkatkan pemanfaatan dan taraf kesehatan masyarakat miskin; dan (3) terlaksananya pengelolaan keuangan yang akuntabel dan efisien dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin (Bappenas, 2015).

Peserta Askeskin mencapai 36,4 juta jiwa dan meningkat hingga 60 juta jiwa. Dana yang digunakan adalah APBN dengan besar iuran Rp 5.000,-/orang/bulan. PT Asuransi Kesehatan berhak memanfaatkan 5% dari total iuran yang dibayarkan sebagai biaya pengelolaan. Program ini berjalan sampai tahun 2008 dan ternyata tidak membuahkan hasil yang maksimal karena: (1) pendataan peserta yang tidak tepat sasaran, (2) kurangnya pemahaman pelaksana terhadap program yang dijalankan, (3) jumlah klaim meningkat namun dananya terbatas, (4) keterlambatan pembayaran klaim akibat kurangnya tenaga verifikator, (5) kurangnya jumlah dan kapasitas fasilitas kesehatan yang memberikan layanan, (6) tidak jelasnya struktur organisasi pelaksanaan Askeskin di daerah dan (7) peran ganda PT Askes sebagai pengelola dana dan pembayar klaim.

Format perlindungan kesehatan dikaji kembali oleh pemerintah dan pada tahun 2008, Kementerian Kesehatan mengambil alih pengelolaan Program Askeskin dan mengubahnya menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Pada masa ini, peningkatan pengendalian biaya, mutu layanan, transparansi dan akuntabilitas penyelenggaraan program dilakukan dengan memisahkan peran pembayar dengan

verifikator, pembentukan mekanisme pembayaran *Indonesia-Diagnostic Related Groups* (INA-DRGs) yang menjadi landasan dari INA-CBGs, pembentukan tim pengelola dan koordinasi berjenjang dan kerjasama dengan PT Asuransi Kesehatan terbatas pada pelaksanaan pengelolaan kepesertaan dan telaah utilisasi berbasis laporan dari Kementerian Kesehatan. Jamkesmas mencapai kepesertaan sebanyak 76,4 juta jiwa penduduk miskin dan kurang mampu yang tersebar di Indonesia. Angka tersebut berasal dari BPS berdasarkan Pendataan Sosial Ekonomi (PSE) tahun 2005. BPS bertugas menetapkan kuota masing-masing Kabupaten/Kota. Pada tahun 2008, Kementerian Kesehatan memberikan wewenang kepada Pemerintah Daerah untuk menentukan penduduknya yang berhak menjadi peserta Jamkesmas dengan menggunakan 14 indikator kemiskinan yang ditetapkan oleh BPS.

Tabel 4 Variasi Paket Manfaat Program Jaminan Sosial Kesehatan di Indonesia

JENIS MANFAAT	JAMKESMAS	JAMKESDA	ASKES	JPK JAMSOSTEK
Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung
Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung
Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung
Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung maks 60 hari/ tahun per penyandang disabilitas
Manfaat Katastrofik (hemodialisa, operasi jantung dan sebagainya)	Ditanggung	Ditanggung, kecuali di faskes tidak tersedia alat/ ahli	Ditanggung	Tidak Ditanggung

Manfaat Khusus	Kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, dan lain-lain	Kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, dan lain-lain	Kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, dan lain-lain	Kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, dan lain-lain
Pengecualian	Pelayanan tidak sesuai prosedur, infertilitas, kosmetik, bencana alam, bakti sosial, protesis gigi	Pelayanan tidak sesuai prosedur, infertilitas, kosmetik, bencana alam, bakti sosial, protesis gigi	Pelayanan tidak sesuai prosedur, infertilitas, kosmetik	Pelayanan tidak sesuai prosedur, infertilitas, kosmetik, terapi kanker, hemodialisa, dan lain-lain
Manfaat Thalasemia	Ditanggung, termasuk yang bukan peserta	Tidak ada keterangan, tal eksplisit tidak ada dalam pengecualian	Ditanggung	Tidak ditanggung karena termasuk kelainan bawaan

Sumber: (TNP2K, 2010)

Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) tahun 2011 menyatakan terdapat 96 juta jiwa yang memiliki status kesejahteraan terendah di Indonesia. Pemerintah menggunakan data tersebut dan menetapkan 86,4 juta jiwa penduduk sebagai daftar penerima baru program Jamkesmas. Persoalan dalam pelaksanaan Jamkesmas tetap ada, semisal: (1) kurangnya pengetahuan penerima manfaat atas hak yang ia miliki sebagai peserta Jamkesmas, (2) rendahnya kepuasan peserta Jamkesmas terhadap pelayanan kesehatan yang diterima, (3) ketidakpuasan fasilitas kesehatan, terutama rumah sakit, karena aturan pelaksanaan jamkesmas yang kerap kali berubah-ubah (Bappenas, 2015).

Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) adalah program jaminan kesehatan yang didanai oleh pemerintah daerah baik pemerintah Provinsi ataupun Kabupaten/Kota. Rancangan bisa sangat beragam sesuai dengan ruang fiskal dan komitmen masing-masing daerah. Kepesertaan Jamkesda mencapai 45 juta jiwa tersebar dalam kurang lebih 350 program Jamkesda (Bappenas, 2015). Hasil kesepakatan para pembuat kebijakan dalam Peta Jalan Jaminan Kesehatan 2012-2019, seluruh program Jamkesda diminta untuk berintegrasi dengan Jaminan Kesehatan Nasional selambat-lambatnya tiga tahun sejak program JKN dilaksanakan. Integrasi Jamkesda ke JKN mewajibkan

pemerintah daerah mendaftarkan peserta Jamkesda-nya ke dalam program JKN melalui BPJS Kesehatan.

Diagram 1 Ketercakupn Jaminan Kesehatan untuk Warga Negara Indonesia



Sumber: (PPJK, 2014)

UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS resmi diundangkan dengan amanat pembentukan BPJS Kesehatan yang merupakan transformasi dari PT Asuransi Kesehatan, dan BPJS Ketenagakerjaan yang merupakan transformasi dari PT Jamsostek, PT Taspen, dan PT Asabri. Khususnya pada PT Taspen dan PT Asabri diberikan waktu hingga tahun 2029 untuk menyelesaikan kewajibannya pada peserta yang dikelolanya. Dengan adanya armada kebijakan yang cukup untuk mengatur pelaksanaan SJSN, Program JKN yang mencakup sekitar 121 juta jiwa penduduk Indonesia dimulai.

IV.2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

Menurut Undang-Undang SJSN, BPJS adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang telah berjalan. BPJS dibentuk dengan dinamika perkembangan jaminan sosial sebagai badan penyelenggara jaminan sosial baru (Eka Putri, 2014). Mulai beroperasi pada 1 Januari 2014, BPJS merupakan transformasi dari PT Askes (Persero) yang dinyatakan bubar tanpa likuidasi. Semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes (Persero) dialihkan menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan. Pegawai PT Askes (Persero) dialihkan menjadi pegawai BPJS Kesehatan.

BPJS masuk dalam kategori badan hukum publik berdasarkan tiga kriteria: dibentuk dengan konstruksi hukum publik melalui Undang-Undang yang diterbitkan oleh negara; lingkup kerja berkaitan erat dengan kepentingan publi; dan memiliki

wewenang untuk membuat keputusan, ketetapan, atau peraturan yang mengikat umum. Dalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 telah diatur norma-norma terkait BPJS yaitu:

1. BPJS dibentuk dengan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
2. BPJS berfungsi untuk menyelenggarakan kepentingan umum yaitu SJSN yang berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
3. BPJS diberi delegasi kewenangan untuk membuat aturan yang mengikat umum.
4. BPJS bertugas mengelola dana publik, yaitu dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta.
5. BPJS berwenang melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.
6. BPJS bertindak mewakili Negara RI sebagai anggota organisasi atau lembaga internasional.
7. BPJS berwenang mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
8. Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dan anggota Direksi oleh Presiden, setelah melalui proses seleksi publik.

Setiap tahun, BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden dengan tembusan ke Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) paling lambat 30 Juni tahun berikutnya. Laporan ini juga dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui laman BPJS dan paling sedikit dua media cetak nasional.

Bagan 3 Model Bisnis BPJS Kesehatan



Sumber: (DJSN, 2014)

Model bisnis BPJS mencerminkan BPJS sebagai lembaga keuangan penyelenggara program jaminan sosial dan menjadi obyek pengawasan Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Iuran merupakan sumber pendapatan utama dalam penyelenggaraan program jaminan sosial. UU BPJS telah mengatur tata kelola dana jaminan sosial dimana BPJS mengelola secara terpisah aset badan dari aset peserta. Setiap tahun Menteri Keuangan menetapkan proporsi iuran yang boleh digunakan untuk dana operasional BPJS. Aset Dana Jaminan Sosial (DJS) digunakan untuk penyelenggaraan manfaat jaminan kesehatan bagi peserta, dan aset BPJS digunakan untuk mendanai operasional organisasi dan pembangunan kapasitas pelayanan. BPJS mengembalikan surplus dana pengelolaan badan kepada aset DJS untuk penguatan manfaat program jaminan sosial (DJSN, 2014).

Model ini dipahami sebagai pelaksanaan tiga asas SJSN, yaitu asas kemanusiaan, asat manfaat dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sembilan prinsip yang digunakan adalah kegotong-royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, protabilitas, kepesertaan wajib, dana amanat, serta hasil pengelolaan dana dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta. BPJS melaksanakan lima program, yaitu jaminan kesehatan nasional, dan empat lainnya yang dilaksanakan oleh BPJS Ketenagakerjaan yang melaksanakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian.

IV.3. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

Saat ini Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia adalah asuransi kesehatan terbesar dengan jumlah peserta terbanyak di dunia. JKN diperuntukkan bagi seluruh rakyat Indonesia tanpa terkecuali, memenuhi upaya cakupan kepesertaan semesta. BPJS optimis target *Universal Health Coverage* (UHC) di tahun 2019 bisa tercapai dengan target kepesertaan sebesar 257,7 juta jiwa. Hal tersebut di dukung oleh perkembangan angka kepesertaan yang terus naik, di awal tahun ketiga pelaksanaan JKN angka kepesertaan mencapai 174 juta jiwa atau sebesar 70% dari jumlah penduduk di Indonesia. Upaya yang dilakukan untuk mewujudkan target tersebut dengan cara mendorong kepatuhan masyarakat dan pemberi kerja, bekerja sama dengan asuransi kesehatan swasta komersial, dan juga pengaturan terhadap badan usaha yang masih belum mau mendaftarkan karyawannya. Dengan memberlakukan sanksi kurungan penjara sampai delapan tahun dan denda sampai Rp 1 miliar.

Bagan 4 Penahapan Kepesertaan JKN



Sumber: Perpres No. 12 tahun 2013 jo Perpres No. 111 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan

Iuran merupakan kontribusi yang harus dibayarkan secara berkala oleh peserta kepada penyelenggara jaminan sosial kesehatan. Besaran dan mekanisme pembayaran iuran disesuaikan dengan jenis kelompok kepesertaan peserta JKN yang dibagi menjadi peserta penerima bantuan iuran dan peserta bukan penerima bantuan iuran.

Tabel 5 Kelompok Kepesertaan JKN

No	Kelompok kepesertaan	Definisi	Mekanisme pendaftaran
1	PBI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. 2. Kelompok masyarakat lain yang diputuskan Pemerintah Daerah untuk memperoleh bantuan iuran. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PBI Pusat ditetapkan oleh Menteri Sosial. 2. PBI Daerah ditetapkan oleh Kepala Daerah. 3. Iuran dibayarkan oleh pemerintah langsung kepada BPJS Kesehatan.
2	Bukan PBI		
	PPU dan keluarganya	Setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah. Contoh: PNS, TNI, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non-PNS, Pegawai Swasta, Pegawai BUMN, dll.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi Kerja wajib mendaftarkan dirinya, pekerjanya, beserta anggota keluarganya. 2. Iuran dibayarkan sebagian oleh pemberi kerja dan sebagian lagi oleh pekerja.
	PBPU dan keluarganya	Setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri. Contoh: Pekerja di luar hubungan kerja, Pekerja mandiri, dll.	<ol style="list-style-type: none"> 1. PBPU wajib mendaftarkan diri dan keluarganya. 2. Iuran dibayarkan sepenuhnya oleh PBPU.
	BP dan keluarganya	Tergolong bukan pekerja seperti investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, dan bukan pekerja lain yang mampu membayar iuran.	<ol style="list-style-type: none"> 1. BP wajib mendaftarkan diri dan keluarganya. 2. Iuran dibayarkan sepenuhnya oleh BP kecuali bagi penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan.

Sumber: Perpres No. 12 tahun 2013 jo Perpres No. 111 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan

Diagram 2 Target Pencapaian Penerima Bantuan Iuran 2014 – 2019



Sumber: PPJK, 2015

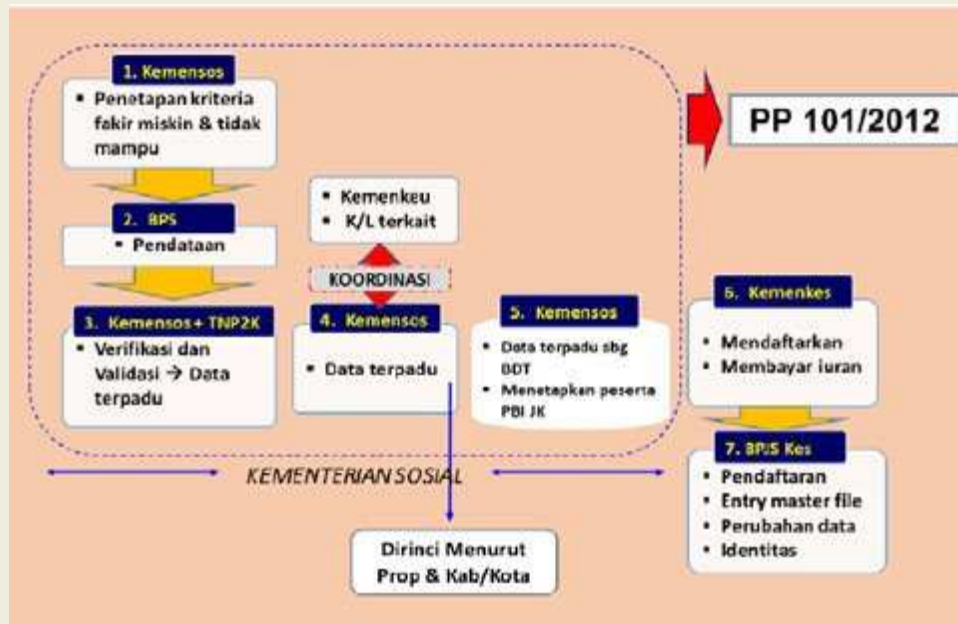
Peraturan Presiden nomor 166 tahun 2014 tentang Program Percepatan Penanggulangan Kemiskinan dan Inpres Nomor 7 tahun 2014 tentang Pelaksanaan Program Simpanan Keluarga Sejahtera, Program Indonesia Pintar, dan Program Indonesia Sehat untuk Membangun Keluarga Produktif, maka diluncurkanlah program Kartu Indonesia Sehat (KIS), Kartu Indonesia Pintar (KIP) dan Kartu Kesejahteraan Sosial (KKS). Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang penyebarannya dilakukan secara bertahap oleh Presiden Jokowi pada saat kunjungan ke beberapa wilayah merupakan wujud Program Indonesia Sehat dan merupakan perluasan dari program Jaminan Kesehatan Nasional yang telah diluncurkan oleh pemerintah sebelumnya. Program Indonesia Sehat melalui KIS bertujuan:

- 1) Menjamin dan memastikan masyarakat kurang mampu untuk mendapat manfaat pelayanan kesehatan seperti yang dilaksanakan melalui program pemerintah yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan;
- 2) Perluasan cakupan PBI termasuk Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) dan Bayi Baru Lahir dari peserta Penerima PBI; serta
- 3) Memberikan tambahan manfaat berupa layanan preventif, promotif dan deteksi dini dilaksanakan lebih intensif dan terintegrasi.

Penelusuran kebijakan yang mengatur perihal penetapan bantuan iuran, membawa PP 101 tahun 2012 sebagai landasan teknis yang diturunkan dari UU No. 40 Tahun

2004 tentang SJSN. Dalam PP No. 101 tahun 2012, pemerintah menerangkan mekanisme penetapan peserta bantuan iuran seperti skema di bawah ini.

Bagan 5 Mekanisme Kepesertaan PBI



Sumber: PPJK, 2015

Berdasarkan PP No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan, penetapan kriteria peserta PBI dilakukan oleh Kementerian Sosial. Berdasarkan kriteria tersebut dilakukan pendataan dan validasi oleh Dinas Sosial Kabupaten/Kota setempat yang selanjutnya diteruskan ke Kementerian Sosial untuk ditetapkan sebagai sasaran Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Daftar Peserta PBI Jaminan Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Sosial, yang selanjutnya didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sebagai peserta PBI Jaminan Kesehatan. Keputusan Menteri Sosial RI No. 146/HUK/2013 mengenai penetapan kriteria dan pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu dapat dipahami dalam tabel berikut ini.

Tabel 6 Kriteria Penetapan Penerima Bantuan Iuran

Fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister	Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister Terdapat di dalam maupun di luar Lembaga Kesejahteraan Sosial
Tidak mempunyai sumber mata pencaharian/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar	Gelandangan
Mempunyai pengeluaran sebagian besar digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sangat sederhana	Pengemis
Tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali Puskesmas atau yang disubsidi pemerintah	Perseorangan dari Komunitas Adat Terpencil
Tidak mampu membeli pakaian satu kali dalam satu tahun untuk setiap anggota rumah tangga	Perempuan rawan sosial ekonomi
Mempunyai kemampuan hanya menyekolahkan anaknya sampai jenjang pendidikan sekolah lanjutan tingkat pertama	Korban tindak kekerasan
Mempunyai dinding rumah terbuat dari bamboo/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah using/berlumut atau tembok tidak diplester	Pekerja migran bermasalah sosial
Kondisi lantai terbuat dari tanah atau kayu/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah	Masyarakat miskin akibat bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat sampai dengan satu tahun setelah kejadian
Atap terbuat dari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah	Perseorangan penerima manfaat lembaga kesejahteraan sosial
Mempunyai penerangan bangunan tempat tinggal bukan dari listrik atau listrik tanpa meteran	Penghuni rumah tahanan/lembaga pemasyarakatan

Luas lantai rumah kecil kurang dari 8m2 per orang	Penderita Thalassaemia Mayor
Mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindung/ air hujan/air sungai/lainnya	Penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI)

Sumber: Keputusan Menteri Sosial RI No. 146/HUK/2013

Untuk melakukan pendataan, Dinsos dibantu oleh TKSK yang ada di masing-masing kecamatan untuk turun ke desa dengan melibatkan pemerintah desa, dari data tersebut akan divalidasi dan diverifikasi oleh TKSK. Jika data sudah sesuai maka akan ditetapkan dan kemudian diusulkan ke Kemensos. Kemensos menetapkan jumlah kuota berdasarkan usulan tersebut kemudian didaftarkan ke BPJS dan diterbitkan kartunya, kemudian distribusikan ke masing-masing PBI melalui Dinas Kesehatan. Cabang BPJS berperan dalam mencetak kartu peserta BPJS baik PBI maupun non-PBI juga mengatur pendistribusian KIS pemerintah pusat bekerjasama dengan pihak ketiga yaitu PT POS Indonesia dan JNE. Kantor aparat pemerintah desa dan bidan desa juga dilibatkan dalam pendistribusian karena proses distribusi juga disertai proses sosialisasi penggunaan dan mekanisme pelayanan kesehatan yang dijamin. Bentuk pengawalan yang dilakukan oleh BPJS adalah dengan mengunjungi warga penerima kartu untuk mendapatkan testimoni dari mereka. JNE juga bertanggung jawab untuk melaporkan jumlah kartu yang telah terdistribusi termasuk laporan tertulis dan tanda tangan dari penerima kartu. Selama proses distribusi tersebut, untuk peserta yang belum menerima kartu KIS masih dapat melakukan pelayanan kesehatan dengan menggunakan Jamkesda/ Jamkesmas.

Walaupun sudah menggunakan *single based data* dari Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) yang didapat dari data BPS dan di validasi Kementerian Sosial, namun kepesertaan PBI masih sering bermasalah karena data yang didapatkan berbeda-beda antara pusat dan daerah. Hal ini dapat disebabkan karena data kemiskinan terus berubah, sehingga harus dilakukan pemutakhiran data secara terus menerus. Penetapan data PBI ini dilakukan melalui surat keputusan Menteri Sosial yang sesuai aturan dilakukan 6 bulan sekali, sehingga perubahan dan revisi tidak bisa dilakukan secara langsung. Penetapan nama-nama PBI nasional didasarkan pada surat Keputusan Menteri. Sebagai salah satu upaya agar pemerintah daerah melakukan peningkatan kualitas dan melaksanakan proses verifikasi dan validasi, pemerintah pusat memiliki program untuk memberikan penghargaan kepada daerah yang berkontribusi secara baik di berbagai aspek dalam pelaksanaan program JKN,

misalnya dari aspek pengalokasian anggaran atau dari kualitas verifikasi dan validasi data.

Agar target UHC di tahun 2019 dapat tercapai, maka pemutakhiran data harus terus dilakukan. Tugas Kementerian sosial tidak berhenti pada pemutakhiran data penerima bantuan iuran BPJS Kesehatan saja, namun juga menginformasikan kepada aparat desa tentang perubahan status kepesertaan masyarakatnya pasca pemutakhiran. Informasi ini diperlukan agar tidak ada masyarakat yang ditolak berobat ke Puskesmas/ Klinik BPJS dengan menggunakan kartu Jamkesmas lantaran namanya sudah dihapus dari daftar penerima bantuan iuran. Ini menunjukkan betapa pentingnya informasi pemutakhiran data kepada masyarakat melalui aparat desa dan penarikan kembali kartu Jamkesmas/ BPJS-PBI yang sudah tidak berlaku.

Tabel 7 Cakupan Kepesertaan PBI Menurut Wilayah Penelitian

Daerah	2014	2015
Kabupaten Bengkalis	113,584	122,637
Kabupaten Karo	125,444	145,897
Kabupaten Polewali Mandar	249,263	276,882
Kabupaten Semarang	291,802	330,459
Kota Bandar Lampung	311,221	330,811
Kota Depok	369,235	409,795
Kabupaten Lombok Timur	645,414	681,138
Kota Surabaya	588,944	697,705
Jakarta Selatan	706,988	783,730
Kabupaten Bogor	1,397,527	1,605,932

Sumber : olahan penelitian

Berdasarkan angka kepesertaan PBI BPJS di atas dapat terlihat bahwa daerah yang masih menerapkan sistem Jamkesda menunjukkan angka kepesertaan PBI BPJS lebih rendah dibandingkan daerah lainnya. Seperti di Kabupaten Bengkalis terdapat 122,637 jiwa, Kabupaten Karo sebanyak 145,897, dan Kabupaten Polewali Mandar 276,882 Jiwa. Untuk Kabupaten Karo di tahun 2016, pemerintah memprioritaskan pengungsi akibat bencana alam erupsi Gunung Sinabung sebagai prioritas peserta PBI BPJS Kesehatan.

Menurut DJSN saat ini terdapat 14 juta jiwa masyarakat yang mendaftar, di mana sebagian besar hanya mendaftarkan anggota rumah tangga yang sering sakit saja.

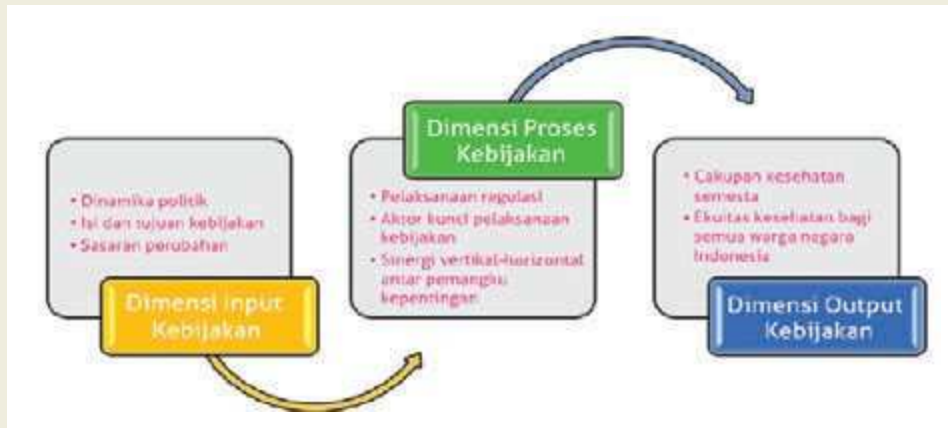
Jumlah peserta manula (di atas 50 tahun) merupakan yang paling tinggi yaitu sebesar 82% dan biasanya mereka memilih kepesertaan di kelas yang 3 (tiga) yang cicilannya paling murah. Padahal, kelompok usia manula banyak memiliki penyakit katastrofik. Akibatnya, klaim untuk penyakit jantung dan penyakit berat lainnya lebih tinggi sehingga menyedot banyak anggaran kesehatan BPJS. Di sisi lain, kepesertaan dari pekerja usia produktif baru mencapai 20 juta jiwa dari total 70 juta jiwa. Hal ini mengakibatkan sistem gotong royong yang menjadi landasan JKN belum terlaksana dengan maksimal.

Untuk mendorong perluasan jangkauan kepesertaan, BPJS Kesehatan membuat kebijakan baru terkait mekanisme pembayaran dan pendaftaran BPJS Mandiri. Mulai 1 September 2016 peserta JKN-KIS kategori Pekerja Bukan Penerima Upah (PbPU) dan Bukan Pekerja (BP) atau lebih dikenal sebagai peserta mandiri wajib melakukan pembayaran melalui sistem pembayaran 1 *Virtual Account* (VA) untuk keseluruhan anggota keluarga. Sistem tagihan iuran VA Keluarga adalah tagihan iuran yang bersifat kolektif untuk seluruh anggota keluarga atau menggabungkan masing-masing tagihan peserta sebagaimana yang terdaftar pada Kartu Keluarga (KK) dan atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga. Selain itu, pendaftaran tidak lagi bisa dilakukan secara perorangan melainkan harus per Kartu Keluarga (KK). Agar lebih mudah mengontrol pembayaran BPJS dengan sistem pembayaran kolektif, setiap bulannya peserta hanya perlu menyebutkan nomer salah satu anggota keluarga yang terdaftar sebagai peserta BPJS, maka secara otomatis akan keluar tagihan untuk seluruh anggota keluarga yang terdaftar dalam satu KK. Lebih jauh, berbagai upaya juga dilakukan untuk mempermudah masyarakat melakukan pembayaran seperti misalnya bekerjasama dengan ritel-ritel yang dekat dengan tempat tinggal masyarakat, khususnya di daerah.

Penerapan sistem baru ini diharapkan mampu meningkatkan jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan sesuai target UHC pada tahun 2019. Meski demikian, kebijakan tersebut dirasa memberatkan bagi masyarakat miskin dan kurang mampu yang tidak masuk dalam skema PBI, terlebih untuk membayar sekaligus iuran untuk seluruh anggota keluarga. Kemampuan masyarakat membayar iuran BPJS Kesehatan sekaligus untuk seluruh anggota keluarga dalam satu KK harus tetap menjadi perhatian khusus oleh pemerintah dan memerlukan kajian lebih lanjut.

IV.4. Dimensi dalam Kebijakan JKN

Bagan 6 Alur Proses Kebijakan



Sumber: olahan peneliti

Pada setiap jenjang pembuatan kebijakan, proses yang dilalui dipengaruhi oleh dinamika politik antara setiap pemangku kepentingan yang terlibat. Proses pembuatan UU JKN melibatkan pihak legislatif, eksekutif, CSO, swasta, tenaga ahli, akademisi dan perwakilan konsumen. Pada tingkat daerah, pelibatan para pihak dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok model; (1) partisipasi pihak eksekutif saja; (2) partisipasi pihak eksekutif dan legislatif; dan (3) partisipasi pihak eksekutif, legislatif dan masyarakat. Dinamika yang terjadi pada masing-masing model berbeda.

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi program prioritas Pemerintah, yaitu Program Kementerian Kesehatan dan Program Dewan Jaminan Sosial Nasional (Buku Pegangan JKN, h. 28). Penelitian masih menemukan kepentingan politik membayangi penetapan kebijakan di tingkat daerah. Sebagaimana disampaikan oleh beberapa badan dan lembaga di tingkat daerah, kesulitan untuk mengintegrasikan program JKN dengan Jamkesda dapat disebabkan oleh faktor teknis penyelenggaraan pelayanan kesehatan, koordinasi antar lembaga, penyesuaian pola kerja dan manfaat kesehatan, serta komitmen atau janji politik tertentu yang dimiliki oleh petahana di bidang kesehatan. Dari

JKN telah menciptakan keadilan sosial bagi masyarakat karena mewujudkan kesehatan seluruh masyarakat tanpa terkecuali, memberikan kemudahan akses sehingga masyarakat tidak mengalami kekhawatiran finansial.

BPJS Ungaran, Kabupaten Semarang

sisi eksekutif, Bappeda masih menjadi aktor penting yang mengawal, memfasilitasi, dan mengkoordinasikan kebijakan antar pihak di tingkat daerah.

Program JKN bertujuan menjamin peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Buku Pegangan JKN, h.37). Penelitian menemukan setidaknya lima jargon penting dalam tujuan JKN yang dikemukakan oleh berbagai informan lintas sektor dan institusi, yaitu; (1) cakupan kesehatan semesta; (2) keadilan sosial; (3) kemudahan akses layanan kesehatan; (4) pembiayaan ringan dan (5) perubahan perilaku masyarakat. Program JKN memperkenalkan sistem pengumpulan iuran dan penekanan pada pentingnya upaya pencegahan. Upaya pencegahan dan promosi hidup sehat dilakukan dengan tanggung renteng mulai dari posyandu sampai rumah sakit, mulai dari kader kesehatan sampai dokter spesialis. Target utama yang ingin dicapai tidak berhenti pada kepesertaan seluruh warga negara Indonesia dalam JKN, namun pada perubahan perilaku masyarakat, tenaga kesehatan, dan pejabat publik.

Program pemberian bantuan iuran memang telah menysasar kelompok miskin dan hampir miskin. Namun, kebijakan JKN dan PBI masih memiliki beberapa kelemahan terutama terkait mekanisme pendataan yang mengakibatkan ketidakakuratan data, distribusi akses yang buruk sehingga penerima manfaat bukanlah orang yang memenuhi kriteria penerima bantuan, dan skema iuran yang tidak kompetitif baik secara finansial maupun teknis jika dibandingkan dengan model pembiayaan kesehatan lainnya (misalnya Jamkesda yang sumberdayanya dikelola di tingkat daerah (lihat case box. Kabupaten Bengkalis).

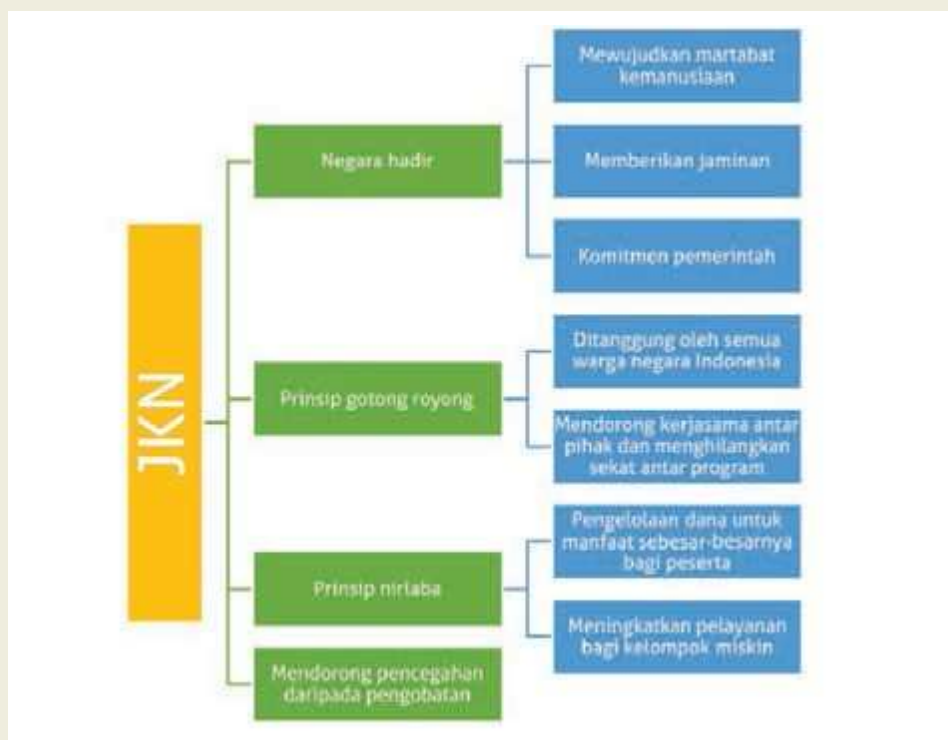
IV.5. Internalisasi Ideologi dalam Pelaksanaan JKN

Sebagai bentuk tanggung jawab penuh Negara untuk mewujudkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, pada 19 Oktober 2004 telah ditetapkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tegaknya komitmen pemerintah diterjemahkan melalui UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), *yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan BPJS Kesehatan sejak 1 Januari 2014. Pelaksanaannya dituangkan dalam PP No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); PerPres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peta Jalan JKN (Roadmap Jaminan Kesehatan Nasional).* Filosofi

BPJS dalam penyelenggaraan SJSN mengacu kepada prinsip gotong royong, nirlaba, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial. (Buku Pengangan JKN, h. 36-37). Cita-cita JKN mendaraskan JKN sebagai program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong-royong wajib untuk seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran secara berkala atau iurannya dibayari oleh Pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nirlaba - BPJS Kesehatan. (Buku Pegangan JKN, h.7)

Semangat, ideologi, dan pemahaman yang melatarbelakangi lahirnya JKN ditemui secara beragam di masing-masing tingkatan pejabat publik. Internalisasi pemahaman dan penerjemahan nilai-nilai yang dibawa dalam program JKN sudah berhasil menggapai aktor kunci yang menyelenggarakan JKN. Meskipun berbeda-beda, namun JKN dipandang sebagai bentuk kehadiran negara untuk mengatasi permasalahan kesehatan; perwujudan dari prinsip gotong royong dan nirlaba; serta membiasakan prioritas pencegahan penyakit dan pengobatan berjenjang sesuai dengan sistem pengobatan rujukan yang diberlakukan dalam JKN.

Bagan 7 Pemetaan Pemahaman Pejabat Publik mengenai JKN



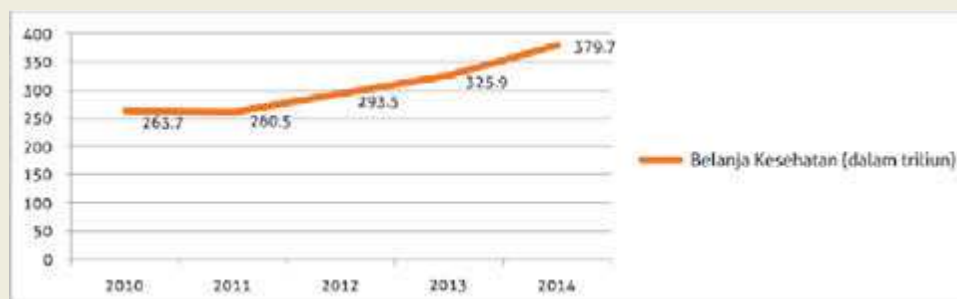
Peran pemerintah daerah dalam upaya mewujudkan UHC adalah menjadi fasilitator bagi masyarakat yang miskin dan hampir miskin untuk mendapat pelayanan administrasi yang adil.

Dinas Sosial Kabupaten Bogor

BPJS Kesehatan merupakan penyelenggara prinsip jaminan kesehatan nasional yang bertujuan untuk mendorong setiap warga Indonesia memiliki jaminan asuransi sosial sehingga cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage/ UHC*) dapat terwujud. Pemahaman pemangku kepentingan tidak meleset jauh dari definisi UHC yang ditetapkan oleh WHO. Penelitian menarik setidaknya terdapat tiga tren pemahaman akan UHC, yaitu; (a) penyediaan pelayanan kesehatan berkualitas tanpa hambatan keuangan, (b) penyediaan pelayanan kesehatan yang adil, (c) peningkatan derajat kesehatan bagi semua orang, tanpa terkecuali. Perluasan kepesertaan harus dikejar oleh pemerintah, dengan berbagai upaya sosialisasi yang menggalakkan pemberi kerja untuk mendaftarkan karyawannya sebagai peserta penerima upah dan mendorong kesadaran peserta bukan penerima upah mengenai pentingnya memiliki jaminan kesehatan bagi dirinya. Selama 100% kepesertaan warga Negara Indonesia dalam program JKN belum dicapai, maka biaya belanja kesehatan memiliki tren yang lebih tinggi dibandingkan dengan penerimaan iuran kesehatan. Selain menghadapi kendala untuk mengembangkan kualitas dan kuantitas pelayanannya, data menunjukkan bahwa tingkat rasio klaim dari peserta mandiri bukan penerima upah mencapai 500% (DJSN, 2016). Internalisasi dan pemahaman akan program JKN paling rendah justru ditemukan di sisi masyarakat. Ini merupakan sebuah sinyal yang secara signifikan menunjukkan bahwa sosialisasi mengenai program JKN masih sangat rendah di tingkat akar rumput.

IV.6. Anggaran dan Belanja Kesehatan

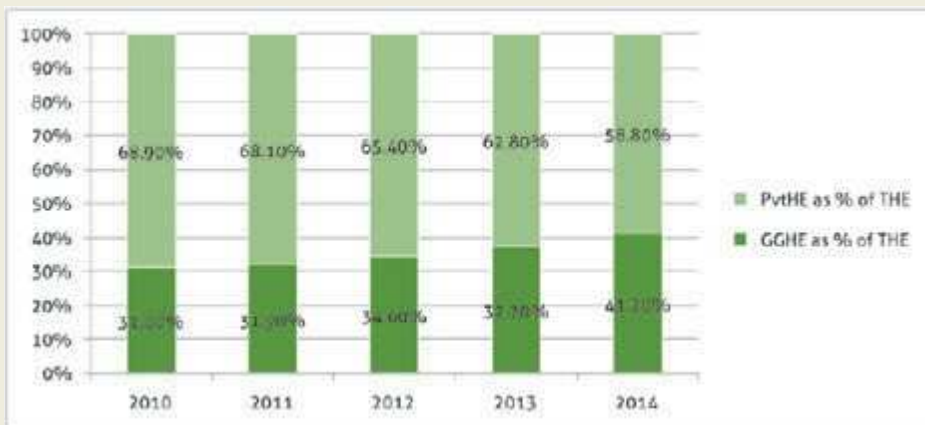
Diagram 3 Total Belanja Kesehatan Indonesia Tahun 2010 – 2014



Sumber: (PPJK, 2015)

Total belanja kesehatan Indonesia pada tahun 2014 mencapai Rp 379.7 triliun dan belanja kesehatan per kapita adalah Rp 1.5juta. Sejak 2010, secara nominal total belanja kesehatan mengalami peningkatan dari tahun ke tahun dengan rata-rata pertumbuhan sekitar 6.9%.

Diagram 4 Perbandingan Belanja Kesehatan Pemerintah dan Swasta 2010 – 2014



Sumber: (PPJK, 2015)

Belanja kesehatan di Indonesia merupakan proporsi dari tanggungan pengeluaran yang dilakukan oleh pemerintah (atau disebut sebagai *Government General Health Expenditure* – GGHE) dan pengeluaran yang dilakukan oleh swasta (atau disebut sebagai *Private Health Expenditure* – PvtHE). Jika dicermati, maka total belanja kesehatan (*Total Health Expenditure* – THE) sesuai data dari tahun 2010 sampai dengan 2014 terus mengalami peningkatan dari sisi pemerintah. Pada tahun 2014, pemerintah Indonesia menanggung 41.20% biaya belanja kesehatan. Meski secara nominal belanja kesehatan menunjukkan tren peningkatan, namun secara proporsi belanja kesehatan Indonesia terhadap PDB dari tahun 2010 sampai dengan 2014 cenderung statis dan hanya berada pada kisaran 3.3% hingga 3.6% saja. Perubahan yang signifikan mulai terjadi sejak diberlakukannya JKN pada tahun 2014.

Tabel 8 APBN Kesehatan Tahun 2015 – 2017

No	Keterangan	2015	2016	2017
1	Total APBN	1,984.1	2,095.7	2,070.5
2	Anggaran Kesehatan	74.4	104.8	105.5
3	Anggaran Kementerian Kesehatan	54.3	57.17	58.27

4	% Anggaran Kesehatan	3.7%	5%	5%
5	% Anggaran Kementerian Kesehatan	2.7%	2.7%	2.8%

Total APBN yang dialokasi untuk anggaran kesehatan telah mencapai 5% pada tahun 2016 dan 2017, dengan angka yang tidak jauh berbeda. Peserta BPJS per bulan Desember 2015 berjumlah 156.790.287 jiwa sedangkan pada bulan April 2017 berjumlah 175.739.499 jiwa. Menurut porsinya, jumlah peserta BPJS kesehatan paling tinggi yakni pada segmen peserta PBI. Berdasarkan grafik di bawah, jika dilihat perkembangan kenaikannya terjadi pada segmen PBI APBD sebesar 2,37% dan PBPUs sebesar 2,25%.

Diagram 5 Proporsi Jumlah Peserta BPJS Kesehatan



Sumber : olahan penelitian dari website BPJS

Besaran iuran PBI untuk tahun 2015 adalah sebesar Rp 19.225,- per bulan per jiwa, sehingga total alokasi anggaran pembayaran iuran PBI JKN/ KIS tahun 2015 mencapai Rp 20.355.080.000.000,- Pada tahun 2016, bantuan iuran diberikan dengan besaran Rp 23.000,- per bulan per jiwa sesuai Peraturan Presiden No. 19 tahun 2016 sehingga mencapai angka Rp 25.502.400.000.000,. Ini berarti, terjadi kenaikan anggaran sebesar Rp 5.154.660.000,- pada tahun 2016 dibandingkan dengan anggaran tahun sebelumnya.

Tabel 9 Alokasi Anggaran Iuran PBI Tahun 2015 dan 2016

Tahun	Keterangan	Alokasi Anggaran (Rp)
2015	88.231.816 jiwa x Rp 19.225,- x 12 bulan	Rp 20.355.080.000.000,-
2016	92.400.000 jiwa x Rp 23.000,- x 12 bulan	Rp 25.502.400.000.000,-

Sumber: (PPJK, 2016)

Tabel 10 Alokasi APBD 2014 di wilayah penelitian

No	Daerah	APBD 2014 untuk Kesehatan (Rp)
1	Kabupaten Karo	75,988,441,457
2	Kabupaten Bengkalis	308,547,685,834
3	Kota Bandar Lampung	195,792,533,695
4	Kota Jakarta Selatan	845,698,810,000
5	Kabupaten Bogor	871,174,518,000
6	Kota Depok	200,777,061,702
7	Kabupaten Semarang	229,090,530,000
8	Kota Surabaya	740,273,373,971
9	Kabupaten Lombok Timur	164,673,084,863
10	Kabupaten Polewali Mandar	86,441,049,984
11	Kota Manado	89,126,733,700

Sumber: olahan peneliti

Dari tabel di atas dapat dicermati alokasi anggaran belanja daerah di wilayah yang diteliti dalam penelitian ini. Keterbatasan data akibat kurangnya keterbukaan di masing-masing daerah mengenai anggaran kesehatan di daerahnya menjadi hambatan untuk menelusuri lebih jauh proporsi anggaran kesehatan dibandingkan dengan total APBD di daerah tersebut.





Bab V.

DEMOGRAFI PENELITIAN

Berdasarkan metodologi penelitian, wilayah penelitian yang keluar sebagai sampling adalah Kabupaten Karo dan Kota Bandar Lampung di Pulau Sumatera, Kabupaten Bogor, Kota Depok, Kota Jakarta Selatan, Kabupaten Semarang, Kota Surabaya di Pulau Jawa, Kota Manado dan Kabupaten Polewali Mandar di Pulau Sulawesi, dan Kabupaten Lombok Timur di Pulau Lombok. Data kuantitatif kami dapatkan dengan melakukan survei kepada 1.344 rumah tangga yang merupakan peserta JKN dalam kategori PBI dan PBPU kelas 3. Grafik di bawah ini mendeskripsikan sebaran *sampling* penelitian berdasarkan wilayah penelitian.

Diagram 6 Frekuensi RT berdasarkan Daerah dan Status Kepesertaan JKN



Sumber: olahan penelitian

Dari 11 Kabupaten/Kota yang menjadi wilayah penelitian, jumlah RT yang paling banyak disurvei adalah di Kabupaten Bogor diikuti oleh Kota Surabaya, Kota Jakarta Selatan, dan Kabupaten Lombok Timur yang kesemuanya mendapat proporsi *sampling* lebih dari 10%. Proporsi responden terbesar baik untuk Peserta Mandiri Kelas III dan Penerima Bantuan Iuran terdapat di Kabupaten Bogor. Prosentasi jumlah responden yang merupakan peserta mandiri adalah 29% dan peserta PBI adalah 71%. Seluruh peserta PBI menyatakan bahwa pihak yang membayarkan iuran BPJS Kesehatan adalah pemerintah. Jenis kelamin responden didominasi oleh laki-laki dengan persentase sebesar 60,4%, sebagian besar (44%) responden berusia di atas 60 tahun.

Diagram 7 Usia dan Jenis Kelamin Responden



Sumber: data kuantitatif primer penelitian

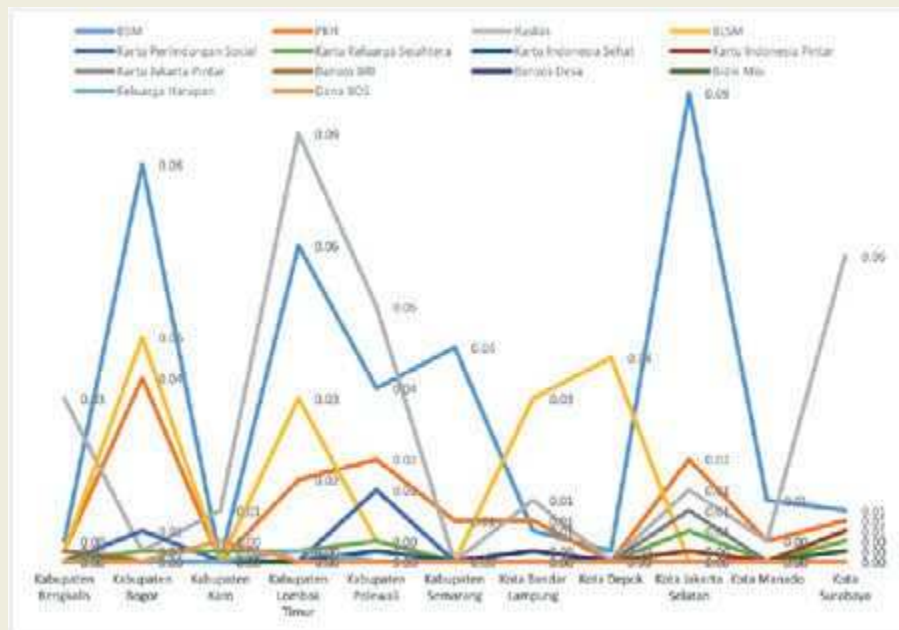
Diagram 8 Tingkat Pendidikan dan Jenis Pekerjaan Responden



Sumber: data kuantitatif primer penelitian

Jenjang pendidikan responden yang merupakan lulusan SD berjumlah 34,67%, lulusan SMP 17,34%, lulusan SMA 22,1%, sementara sebagian kecil (2,9%) merupakan lulusan perguruan tinggi. Secara signifikan, data menunjukkan bahwa terdapat 84,97% responden yang merupakan pekerja informal. Angka material lainnya adalah terdapat 7,14% responden yang merupakan karyawan swasta dan sisanya tersebar pada bentuk pekerjaan lainnya dalam jumlah yang sangat kecil.

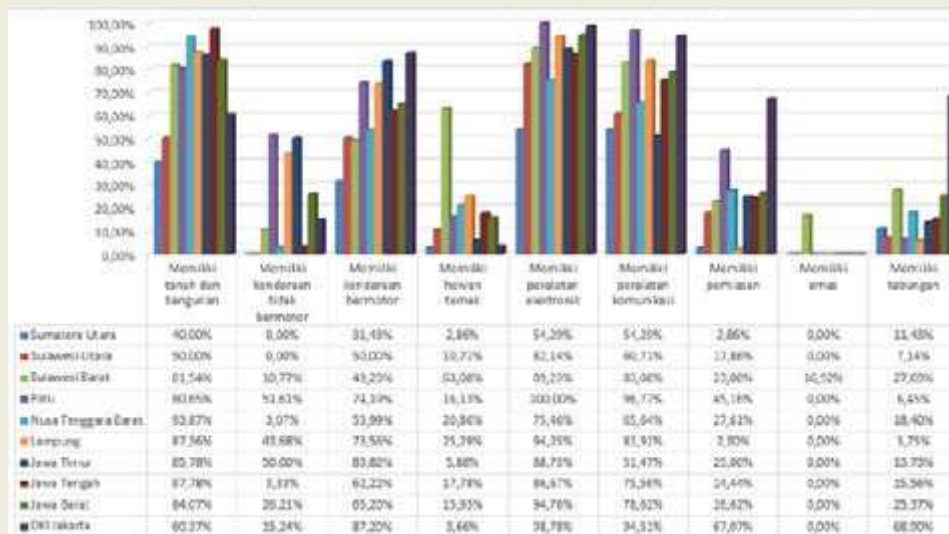
Diagram 9 Jumlah Rumah Tangga Penerima PKH, Raskin dan Bantuan Siswa Miskin (dalam %)



Sumber: data kuantitatif primer penelitian

Untuk meningkatkan akurasi *sampling* dan menggali kondisi sosial ekonomi dari responden penelitian, responden diminta untuk menyebutkan jenis-jenis bantuan lainnya yang mereka terima dari pemerintah. Beberapa jenis bantuan yang paling sering muncul adalah Bantuan Siswa Miskin (BSM), pemberian Beras Miskin (Raskin) dan Program Keluarga Harapan (PKH). Responden yang menerima program Bantuan Siswa Miskin (BSM) paling banyak berdomisili di DKI Jakarta yakni sebesar 28,05%, Sulawesi Barat 26,15%, dan Jawa Tengah 23,33%, sementara di Sumatera Barat tidak ada responden yang menerima program BSM. Responden yang menjawab menerima raskin ditemukan paling banyak di Provinsi Riau dengan persentase sebesar 51,61%, Sulawesi Barat 38,46%, dan Nusa Tenggara Barat sebesar 25,77%. Di DKI hanya ada 4,27% responden yang menerima bantuan raskin sedangkan di Jawa Tengah tidak ada responden yang menerima raskin. Dari 1.344 responden, yang merupakan penerima Program Keluarga Harapan (PKH) paling banyak dijumpai di Provinsi Sulawesi Barat sebesar 15,38%, diikuti oleh Sulawesi Utara sebesar 7,14%, DKI Jakarta sebesar 6,10%, sementara di Sumatera Utara tidak ada responden yang menerima PKH. Berdasarkan data tersebut dapat ditarik sebuah asumsi bahwa kelompok pengguna layanan kesehatan kelas 3 baik sebagai PBI dan PBPB merupakan kelompok masyarakat yang masih rentan dan terdaftar sebagai penerima manfaat dari jenis-jenis bantuan kluster 1 dan 2 dalam program pengentasan kemiskinan sesuai struktur yang dibangun oleh TNP2K.

Diagram 10 Kepemilikan Rumah Tangga Responden



Sumber: data kuantitatif primer penelitian

Bentuk triangulasi mengenai kondisi ekonomi responden lainnya adalah dengan memeriksa kepemilikan benda yang dinyatakan oleh responden. Berdasarkan data yang ada, ditemukan bahwa benda yang paling sering disebutkan oleh responden adalah peralatan elektronik dan komunikasi. Hal yang paling sedikit dimiliki adalah emas. Secara anomali, cukup banyak responden yang menyatakan bahwa mereka memiliki tanah dan bangunan.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan yang ekuitas adalah pelayanan kesejajaran akses layanan kesehatan kelompok miskin dan hampir miskin terhadap jarak, waktu tempuh, dan transportasi. Kemudahan akses jalan serta transportasi dapat mempersingkat waktu tempuh masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan, yang menjadi salah satu tolak ukur keberhasilan UHC. Untuk mendukung pencapaian ekuitas dari segi akses, beberapa daerah telah melakukan tindakan nyata sehingga layanan kesehatan dapat mudah untuk dijangkau oleh semua masyarakat, khususnya yang tinggal di pelosok daerah. Tindakan yang telah dilakukan antara lain

perbaikan infrastruktur jalan, menyediakan ambulans gratis di setiap Kecamatan, membuat Rumah Sakit Komunitas yang setara dengan rumah sakit tipe C, serta penyediaan puskesmas dan rumah sakit keliling yang mampu menjangkau masyarakat secara langsung.

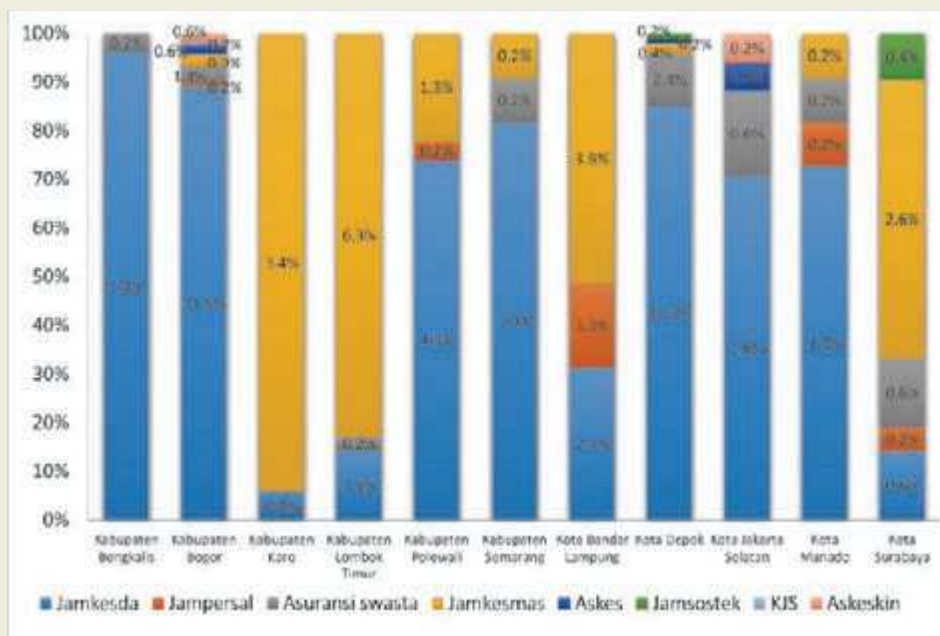
Berdasarkan hasil wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Karo, dilihat dari segi akses, masyarakat di daerah masih menemui beberapa kendala seperti jarak tempuh, sulitnya moda transportasi ke fasilitas kesehatan yang jauh, dan kondisi jalan yang sulit dilalui ketika musim hujan. Provinsi Lampung juga menghadapi memiliki kendala serupa, khususnya untuk masyarakat dengan letak geografis yang sulit seperti Pesisir Barat, Lampung Barat, Tulang Bawang, dan Mesuji. Di Kota Semarang, persoalan akses dan jarak tempuh juga dipandang cukup berpengaruh. Lantaran di Semarang masih terdapat beberapa wilayah yang terpencil, Pemerintah Kabupaten mengupayakan peningkatan pelayanan Puskesmas agar pelayanan kesehatan dapat merata hingga ke pelosok, dan diharapkan semua Puskesmas menjadi Badan Layanan Umum Daerah

Kesulitannya akses geografi, makanya kebijakan pemerintah kabupaten/kota juga sekarang lebih menitikberatkan pelayanan kesehatan tingkat dasar, puskesmas menjadi puskesmas rawat inap di daerah terpencil menjadi sangat urgent, memotong jarak, daripada harus ke RS Umum Daerah. Perluasan layanan kesehatan di RS juga jadi hal yang diprioritaskan. Kalau bisa ditangani Puskesmas kan mereka nggak perlu ke RS.”

(FD, Bappeda Provinsi Lampung, 2016)

(BLUD) yang sistemnya tidak tergantung pada pusat sehingga mempunyai otonomi misalnya jika perlu menambah tenaga kesehatan dengan membuka lowongan sendiri.

Diagram 11 Frekuensi Berdasarkan Jenis Jaminan yang Pernah Diikuti RT



Sumber: Olahan hasil penelitian

Data yang dipaparkan dalam diagram di atas menunjukkan frekuensi berdasarkan jenis jaminan yang pernah diikuti rumah tangga. Jenis jaminan yang paling sering dijumpai di rumah tangga adalah Jamkesda dan Jamkesmas. Berdasarkan hasil survei diketahui bahwa sebagian besar masyarakat di Kabupaten Bengkalis masih menggunakan Jamkesda untuk mengakses layanan kesehatan yakni sebesar 61,29%, Kabupaten Polewali Mandar sebesar 20%, Kota Manado sebesar 17,86%.



Bab VI.

AKSES TERHADAP LAYANAN KESEHATAN

VI.1. Tantangan Geografis

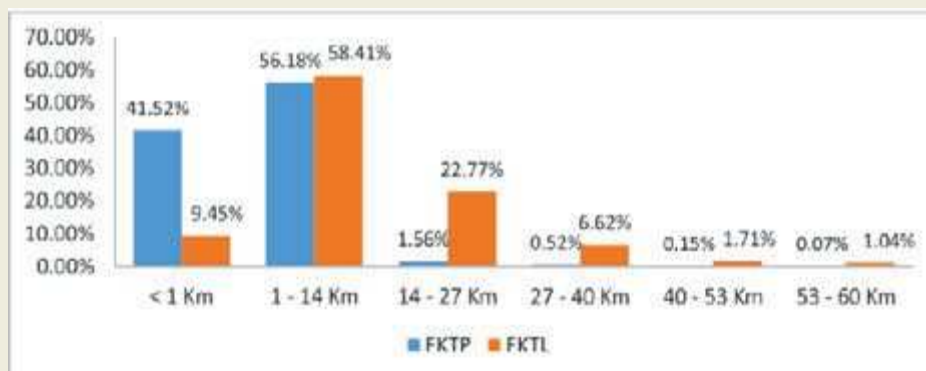
Diagram 12 Perbandingan Penilaian RT terhadap Jarak (Kiri) dan Waktu (Kanan) Tempuh ke FKTP dan FKTL



Sumber: olahan hasil penelitian

Data menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara pelayanan JKN dan sebelum JKN pada konteks jarak dan waktu yang harus ditempuh oleh responden saat mengakses layanan fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut. Dapat dicermati dari grafik di atas, bahwa perbedaan keduanya sangat tipis dan terpaut paling jauh hanya 2% saja.

Diagram 13 Perbandingan Tempat Tinggal Jarak Rumah Tangga ke FKTP dan FKTL



Sumber: olahan hasil penelitian

Survei menunjukkan bahwa lokasi tempat tinggal Rumah Tangga ke FKTP memiliki kecenderungan berjarak kurang dari 14 km. Berdasarkan perbandingan jarak yang ada, ditemukan bahwa rata-rata jarak antara tempat tinggal Rumah Tangga ke FKTP adalah 3,05 km dan jarak antara tempat tinggal rumah tangga ke FKTL adalah 11,58 km.

Tabel 11 Perbandingan Jarak Tempat Tinggal Rumah Tangga ke FKTP dan FKTL

Fasilitas	Jarak Minimum (km)	Jarak Maksimum (km)	Jarak Rata-Rata (km)	Jarak Tengah (km)
FKTP	10	63	3.05	2
FKTL	8	60	11.58	4.5

Sumber: olahan hasil penelitian

Sebagian besar Rumah Tangga menilai jarak tempat tinggalnya ke FKTP dekat. Sebaran data ini sesuai dengan cakupan wilayah FKTP yang lebih kecil jika dibandingkan dengan FKTL. Hal yang menjadi persoalan adalah data yang menunjukkan bahwa rumah tangga menilai jarak tempat tinggal ke layanan kesehatan jauh.

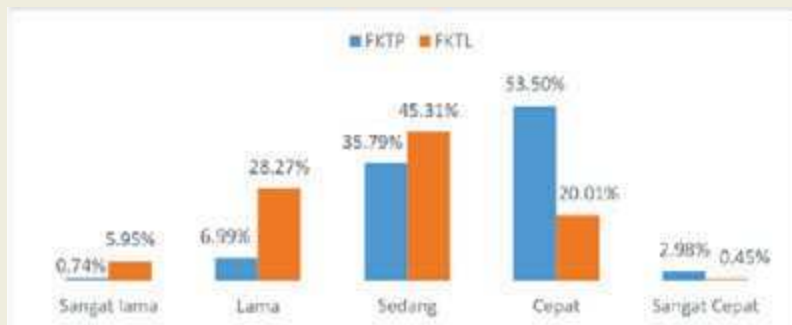
Tabel 12 Frekuensi Penilaian Rumah Tangga Mengenai Jarak Tempat Tinggal Rumah Tangga ke FKTP dan FKTL



Sumber: olahan hasil penelitian

Terdapat total 11,54% responden yang memandang bahwa jarak tempat tinggalnya ke FKTP sangat jauh dan jauh, dan terdapat total 46,13% responden yang memandang bahwa jarak tempat tinggalnya ke FKTL sangat jauh dan jauh. Hal ini harus diperhatikan sebagai faktor utama yang berpotensi meningkatkan biaya transportasi bagi masyarakat saat mengakses layanan kesehatan. Biaya transportasi merupakan pengeluaran yang kerap ditanggung sendiri oleh pengguna layanan kesehatan.

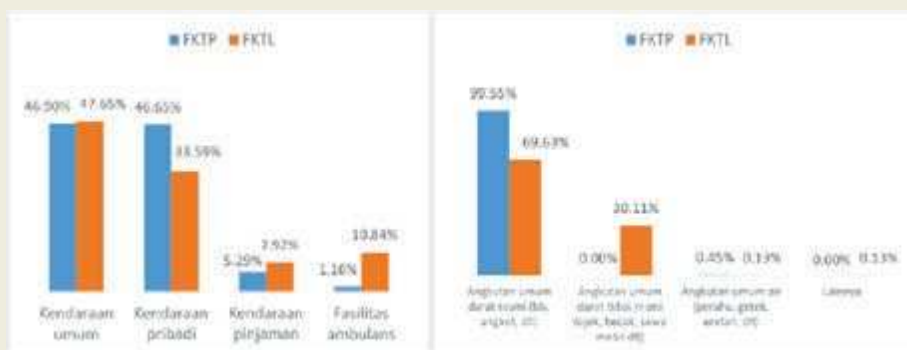
Tabel 13 Frekuensi Penilaian RT Rumah Tangga Mengenai Waktu Tempuh dari Tempat Tinggal ke FKTP dan FKTL



Sumber: olahan hasil penelitian

Mencermati data di atas, dapat disimpulkan bahwa lebih besar proporsi rumah tangga yang dapat mencapai FKTP dan FKTL dalam waktu yang singkat (cepat dan sangat cepat). Meski demikian, masih ada total 7,73% rumah tangga yang harus menempuh waktu sangat lama dan lama untuk mencapai FKTP. Terdapat total 34,22% rumah tangga yang harus menempuh waktu yang sangat lama dan lama untuk mencapai FKTL. Hal ini menunjukkan bahwa masih ada masyarakat yang memiliki tingkat kesulitan atau kerentanan yang lebih tinggi saat mengakses layanan kesehatan.

Tabel 14 Jenis Kendaraan yang Digunakan Rumah Tangga untuk Mencapai FKTP dan FKTL



Sumber: olahan hasil penelitian

Persentase rumah tangga yang harus menggunakan kendaraan untuk mencapai fasilitas kesehatan adalah 87%. Ada empat jenis transportasi yang digunakan untuk mencapai fasilitas kesehatan, baik FKTP maupun FKTL, yaitu kendaraan umum,

kendaraan pribadi, kendaraan pinjaman dan fasilitas ambulans. Dari 47% responden yang menggunakan kendaraan umum ke FKTP, sebanyak 99,55% di antaranya naik angkutan umum darat. Sementara dari 48% responden yang menggunakan kendaraan umum FKTL, terdapat total 99,74% naik angkutan umum darat.

Tabel 15 Tingkat Kesulitan Rumah Tangga untuk Mendapatkan Alat Transportasi Menuju FKTP DAN FKTL



Sumber: olahan hasil penelitian

Sebagian responden dengan total prosentase 27,89% mengakui bahwa mendapatkan alat transportasi ke FKTP dan total persentase 34,6% ke FKTL sangat sulit, sulit, dan cukup sulit. Di beberapa kawasan perdesaan untuk menjangkau puskesmas memerlukan waktu tempuh yang relatif lama dan jarak yang cukup jauh dengan moda transportasi yang kurang memadai (berbiaya mahal). Bahkan seorang pasien yang ditemui di Puskesmas Massenga di pusat Kota Polewali harus menempuh perjalanan 30 menit dengan biaya perjalanan mencapai Rp 50.000,- dengan menggunakan ojek motor. Selain itu akses jalan yang kurang baik serta jarak yang jauh menyebabkan banyak warga tidak bersedia dirujuk ke rumah sakit dan lebih memilih rawat jalan atau rawat inap di Puskesmas yang lebih dekat dengan tempat tinggal mereka. Hal ini disebabkan karena kebutuhan di luar biaya perawatan lebih besar yakni biaya transportasi.

VI.2. Akses terhadap Informasi

Diagram 14 Cara RT Mengetahui Keluarganya Merupakan PBI

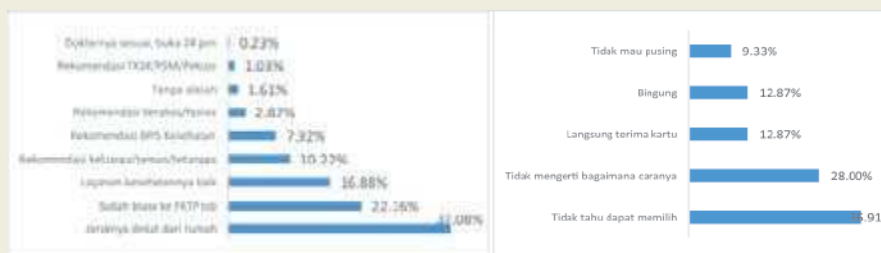


Sumber: olahan hasil penelitian

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa penerima bantuan iuran mengetahui informasi mengenai kepesertaan keluarganya karena mereka sendirilah yang melakukan pendaftaran sebagai penerima bantuan iuran pada aparat desa setempat. Pihak luar yang paling aktif menginformasikan mengenai pemberian bantuan ini adalah Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK)/ Pekerja Sosial Masyarakat (PSM)/ Pekerja Sosial (Peksos). Informasi dari tetangga satu desa juga sering kali menjadi sumber utama bagi keluarga untuk mengetahui informasi kepesertaan rumah tangga sebagai penerima bantuan iuran. Hal yang paling disayangkan, justru informasi dari Kantor Cabang BPJS Kesehatan merupakan hal yang paling susah diakses oleh masyarakat.

Hanya 0,07% responden yang mengakui mereka mengetahui informasi kepesertaan penerima bantuan iuran dari Kantor Cabang BPJS Kesehatan.

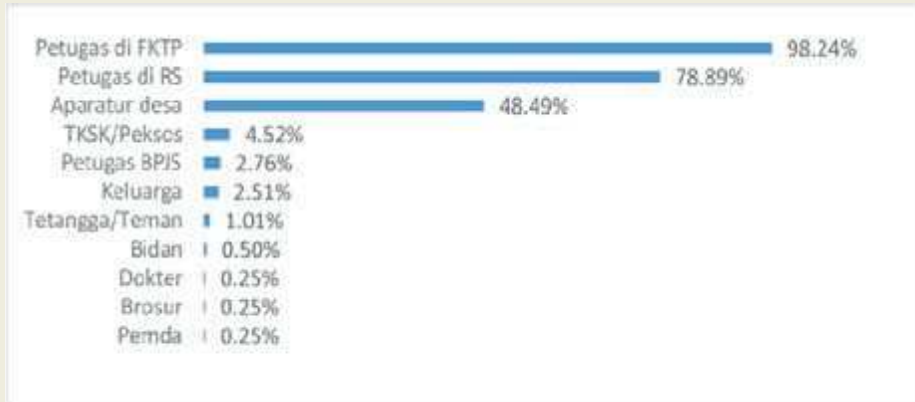
Diagram 15 Alasan Rumah Tangga saat Memilih FKTP Sendiri (Kanan) dan Saat Tidak Memilih FKTP Sendiri (Kiri)



Sumber: olahan hasil penelitian

Survei menunjukkan bahwa ada 28% rumah tangga yang menentukan FKTP sendiri. Dari kelompok tersebut, 37,08% di antaranya memilih karena jaraknya yang dekat dari rumah, diikuti 22,16% rumah tangga yang memilih karena kebiasaannya untuk menggunakan fasilitas kesehatan tersebut, 16,88% memilih karena layanan fasilitas kesehatan tersebut baik dan lainnya yang dapat dicermati dari diagram di atas. Saat rumah tangga tidak memilih FKTP sendiri, alasan yang paling banyak mendasari hal tersebut adalah tidak tahu bahwa mereka dapat memilih FKTP (36,91%). Jika merujuk pada semua sebab mengapa rumah tangga tidak memilih FKTP-nya sendiri, maka dapat ditarik sebuah kesimpulan bahwa rumah tangga pada umumnya tidak menerima informasi yang cukup mengenai apa yang menjadi haknya dan bagaimana menggunakan haknya dalam konteks pemilihan fasilitas kesehatan yang hendak digunakan saat sedang berobat. Pada saat rumah tangga tidak memilih FKTP, pihak yang memilihkan FKTP bagi rumah tangga adalah, Ketua RT/ Kepala Desa/ Aparat Desa (56,30%), Dinas Sosial/ TKSK/ PSM/ Peksos (7,80%), Petugas BPJS Kesehatan (1,35%) dan sisanya sebagian kecil dibantu oleh perusahaan tempat bekerja, dokter dan bidan setempat, tetangga dan keluarga.

Diagram 16 Pihak yang Menjelaskan Mengenai Prosedur Penggunaan Layanan Kesehatan dengan JKN kepada RT



Sumber: olahan hasil penelitian

Terdapat 70% responden yang mengakui bahwa mereka telah mendapatkan penjelasan mengenai prosedur untuk mengakses layanan kesehatan di FKTP dan FKTL saat mereka menggunakan skema JKN. Pada diagram di atas, dapat ditelaah secara rinci, pihak-pihak yang menjelaskan informasi tersebut kepada masyarakat. Paling banyak informasi tersebut diberikan oleh petugas di FKTP (98,24%), petugas di rumah sakit (78,89%), aparaturnya desa (48,49%). Hal yang perlu dicermati adalah kecilnya peran petugas BPJS dalam menjangkau masyarakat untuk melakukan sosialisasi dan mendiseminasikan informasi terkait dengan jaminan kesehatan nasional. Padahal, hal tersebut terutama adalah tanggung jawab dan mandat bagi BPJS Kesehatan. Ini menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan masih harus memperbaiki kinerjanya untuk memastikan bahwa informasi terkait jaminan kesehatan nasional dapat menyebar secara luas. Minimnya informasi dan ditambah lagi dengan kesimpangsiuran informasi yang disampaikan oleh pihak lainnya (misalnya fasilitas kesehatan, aparat desa, TKSK/ PSM/ Peksos, dan pemerintah desa) justru dapat meningkatkan kebingungan dan berpotensi menimbulkan ketidaknyamanan, inefisiensi, bahkan kerugian bagi pihak-pihak yang salah menerima informasi yang diperlukan.

BPJS telah melakukan upaya seperti membentuk divisi tersendiri khusus untuk pengelolaan promotif preventif. Fokus kegiatannya adalah agar masyarakat yang sehat tetap sehat, yang sudah sakit dicegah agar tidak sampai bertambah parah sehingga biaya yang dikeluarkan tidak semakin besar. Kegiatan pencegahan yang dilakukan melalui penyuluhan kesehatan baik lewat media koran atau televisi, penyebaran

poster, *leaflet* di faskes-faskes, dan di perusahaan yang sudah bekerjasama dengan BPJS terkait tips-tips kesehatan berdasarkan tema. Kemudian untuk pencegahan penyakit terdapat program olahraga sehat khusus untuk masyarakat dengan penyakit kronis seperti diabetes dan darah tinggi agar tidak berkembang menjadi penyakit katastrofik seperti *stroke*, jantung, dan sebagainya.

Program sosialisasi dan edukasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan tidak hanya diinisiasi oleh FKTP/ FKTL atau BPJS sendiri melainkan juga inisiatif dari masyarakat. Pihak BPJS Kesehatan selalu hadir dan menganggap kegiatan hasil inisiatif masyarakat sebagai prioritas. Materi yang disampaikan yakni mengenai awal mula JKN, prosedur, cakupan layanan yang dibiayai, tarif, sistem rujukan, dan lain-lain. Jika ada pasien yang masih kebingungan, hal ini dapat terjadi akibat faktor

pengetahuan dan tingkat pendidikan masyarakat yang beragam. Sosialisasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan menggunakan media televisi, brosur, dan lain-lain. Di level FKTL, BPJS menempatkan satu perwakilan BPJS yang disebut Unit Pelayanan Rujukan, sehingga FKTL maupun pasien bisa langsung berkonsultasi atau berkoordinasi jika ada hal-hal yang perlu diketahui atau ada hambatan terkait pelaksanaan BPJS. Selain itu, BPJS melakukan kunjungan rutin ke FKTP yang dilakukan per 1-3 bulan atau jika terdapat pengaduan masyarakat untuk melakukan konfirmasi.

Sementara itu, di beberapa daerah proses sosialisasi yang dilakukan oleh BPJS masih dirasakan sangat minim terutama pada saat awal implementasi program JKN yang menggantikan program Jamkesda/ Jamkesmas. Terdapat

FKTP dan FKTL yang menyatakan bahwa mereka tidak mendapatkan sosialisasi mengenai mekanisme pelaksanaan BPJS sehingga terjadi banyak kebingungan ketika menerima pasien dengan BPJS. Permasalahan utama ketidakpahaman masyarakat terletak pada persoalan administrasi sistem rujukan dan sistem penyakit yang tidak dicakup oleh layanan JKN. Diharapkan BPJS dapat meningkatkan sosialisasi dan edukasi mengenai program JKN ini kepada masyarakat luas dengan turun ke lapangan dan berkomunikasi langsung dengan masyarakat.

Kita buat *banner* dan *leaflet* yang ke pasien. Kita juga melakukan penyuluhan-penyuluhan setiap hari Jumat, untuk sosialisasi tentang BPJS dan kita undang dari BPJSnya, kalau ada pertanyaan bisa dijawab langsung oleh BPJS.

(MA, Puskesmas Kota Bandar Lampung)





Bab VII.

PENYEDIA LAYANAN KESEHATAN

VII.1. Fasilitas Kesehatan

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan membuka peluang kepada pihak swasta untuk membangun fasilitas kesehatan swasta (Buku Pegangan JKN, h. 44). Rasio fasilitas kesehatan saat ini adalah 160.000 : 19.000 peserta. Kementerian Kesehatan mengaku bahwa skema JKN membuat fasilitas kesehatan meningkatkan mutu dan pelayanan. Namun, banyaknya jumlah fasilitas kesehatan yang bermitra dengan BPJS belum diimbangi dengan pemerataan di daerah, terutama di wilayah timur.

Hirarki pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan non-spesialistik di fasilitas kesehatan tingkat pertama, kemudian berjenjang ke pelayanan kesehatan spesialistik, dan subspecialistik di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Hirarki pelayanan kesehatan tersebut bertujuan untuk memberikan kesinambungan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN secara efisien dan efektif. (Buku Pegangan JKN, h. 45) Fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat (Permenkes Nomor 6 Tahun 2013).

BPJS Kesehatan membangun jaringan fasilitas kesehatan dengan cara bekerjasama dengan fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN dan keluarganya. Jaringan fasilitas kesehatan ini terbagi atas tiga kelompok utama, yaitu fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, dan fasilitas kesehatan pendukung. Fasilitas kesehatan tingkat pertama menyelenggarakan pelayanan kesehatan non-spesialistik, sedangkan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan menyelenggarakan pelayanan kesehatan spesialistik dan subspecialistik. Fasilitas kesehatan pendukung melayani pelayanan obat, optik, dan dukungan medis lainnya. Berikut adalah jumlah fasilitas kesehatan yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan:

Diagram 17 Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan



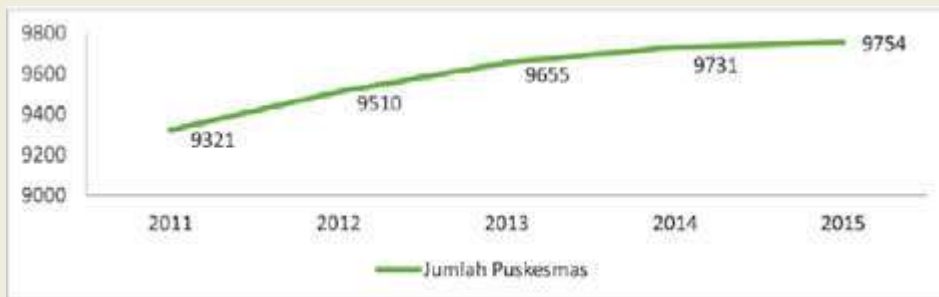
Sumber : BPJS.go.id

Bila dilihat dari grafik di atas, pada tahun 2016 terdapat kenaikan jumlah rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebanyak 136 rumah sakit sehingga saat ini jumlahnya mencapai 1.934 rumah sakit. Selain itu jumlah puskesmas yang

bekerjasama dengan BPJS Kesehatan per 24 Februari 2017 sebesar 9.818 atau ada penambahan 5 puskesmas dari data sebelumnya pada Agustus 2016. Sementara itu jumlah klinik pratama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan di tahun 2017 sebesar 5.222 atau naik sebanyak 393 klinik. Kenaikan yang signifikan ini diharapkan semakin mempermudah masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan dasar dengan standar kualitas pelayanan kesehatan yang baik.

Secara lebih spesifik, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah fasilitas pelayanan kesehatan dalam bentuk klinik, puskesmas, dan dokter praktik yang memberikan pelayanan kesehatan dasar. Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tahun 2014 tentang Puskesmas menjelaskan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

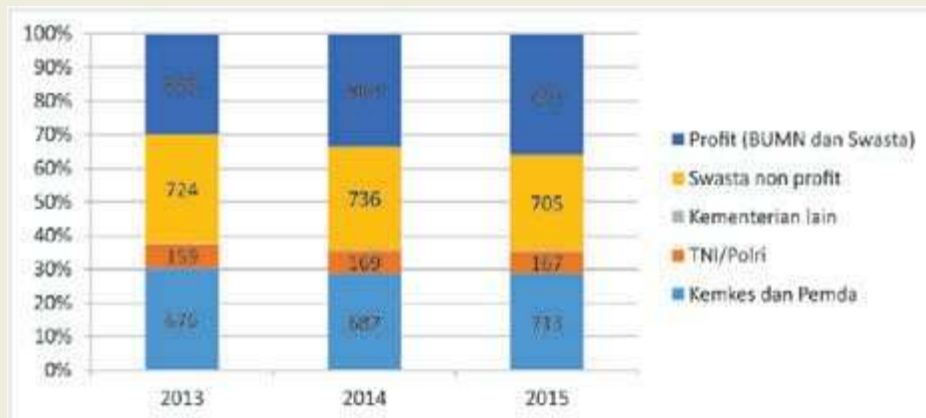
Diagram 18 Jumlah Puskesmas 2011 – 2015



Sumber: (Kementerian Kesehatan, 2016)

Layanan kesehatan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan menganut sistem rujukan yang dapat diberikan bilamana kondisi penyakit pasien berisiko menimbulkan komplikasi yang parah. Peserta BPJS Kesehatan harus mengikuti prosedur rujukan berjenjang mulai dari FKTP yang terdaftar ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (Rumah Sakit) sesuai domisili. Peserta dapat memilih FKTL rujukan asalkan masih dalam satu rayon.

Diagram 19 Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan kepemilikan



Sumber: (Kementerian Kesehatan, 2016)

Peraturan Menteri Kesehatan No. 147/Menkes/PER/I/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit mengelompokkan rumah sakit berdasarkan kepemilikan, yaitu publik dan swasta. Jumlah rumah sakit publik dan swasta mengalami peningkatan pada kurun waktu 2013 hingga 2014. Selain itu, UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengelompokkan rumah sakit berdasarkan jenis pelayanan umum dan khusus.

Diagram 20 Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Jenis Pelayanannya



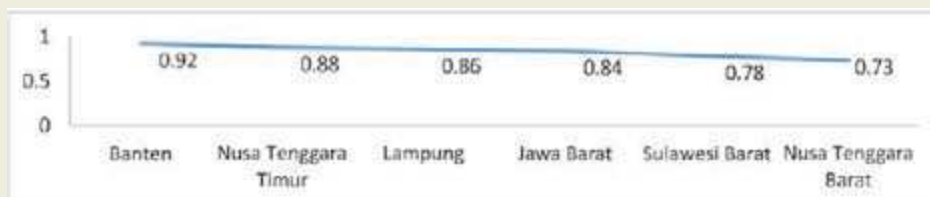
Sumber: (Kementerian Kesehatan, 2016)

Selain itu, rumah sakit khusus yang paling banyak adalah jenis Rumah Sakit Ibu dan Anak (33,02%), Rumah Sakit Bersalin (19,67%) sementara jenis rumah sakit khusus yang paling kecil adalah Rumah Sakit Tuberkulosa Paru (2,04%) dan Rumah Sakit Kusta (2,41%). Dari seluruh rumah sakit yang ada pada tahun 2015, jumlah rumah sakit kelas A adalah 57 unit (2,29%), rumah sakit kelas B berjumlah 328 unit (13,18%), rumah sakit kelas C terdapat 837 unit, rumah sakit kelas D terdapat 423 unit, dan rumah sakit lainnya yang belum ditetapkan kelasnya berjumlah 843 unit.

Standar tarif JKN berbeda untuk setiap hak kelas, regional rumah sakit, dan kualifikasi rumah sakit (tipe A-D). Rumah Sakit tipe A/B memiliki standar tarif yang lebih besar dari Rumah Sakit tipe C/D. Dengan demikian, biaya dan pembayaran layanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada peserta BPJS merupakan urusan antara rumah sakit dan BPJS. Artinya, rumah sakit tidak boleh mengutip biaya kepada peserta selama layanan yang diberikan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan oleh BPJS. Namun, inefisiensi dan kinerja yang belum efektif membuat beberapa rumah sakit masih melanggar aturan dengan membebankan biaya kepada pasien peserta BPJS. Di Rumah Sakit, semua penyakit ditanggung BPJS kecuali yang secara eksplisit dinyatakan tidak ditanggung seperti estetika, infertilitas, dan lain-lain.

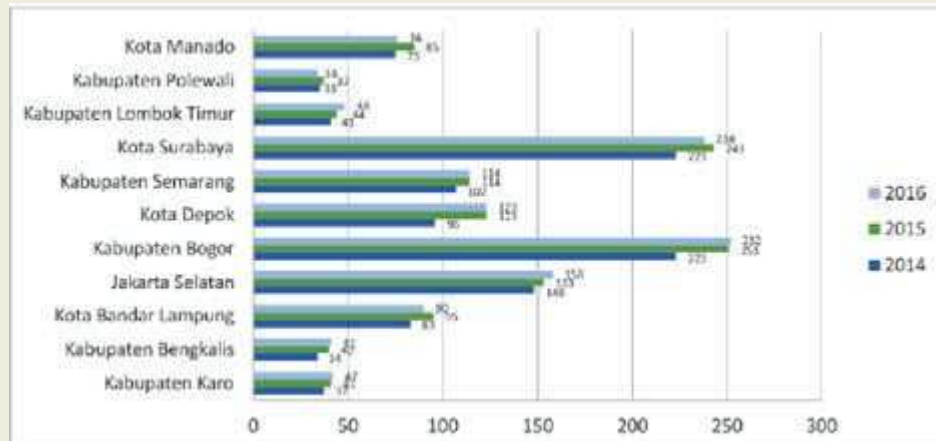
Terpenuhi atau tidaknya kebutuhan masyarakat terhadap pelayan rujukan bergantung pada rasio tempat tidur. Rasio tempat tidur di rumah sakit pada tahun 2015 adalah 1.21 per 1.000 penduduk. Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduk di Indonesia pada tahun 2015 dinilai cukup, namun saat ditelisik masih ada enam Provinsi yang rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduknya tidak memadai yaitu Banten, Nusa Tenggara Timur, Lampung, Jawa Barat, Sulawesi Barat dan Nusa Tenggara Barat (Kementerian Kesehatan, 2016).

Diagram 21 Provinsi dengan Rasio Tempat Tidur Terendah pada Tahun 2015



Sumber: (Kementerian Kesehatan, 2016)

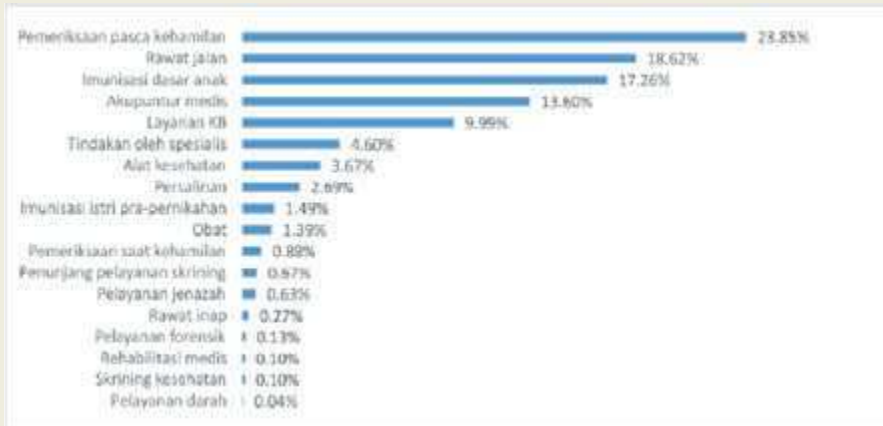
Diagram 22 Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Terdaftar/Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan



Sumber: olahan hasil penelitian

Data di atas menunjukkan jumlah fasilitas kesehatan yang terdaftar atau bekerjasama dengan BPJS Kesehatan pada tahun 2014, 2015 dan 2016 di wilayah penelitian. Data menunjukkan angka yang fluktuatif, sebuah deskripsi bahwa peningkatan jumlah fasilitas kesehatan yang dapat digunakan dengan skema JKN tidak serta merta akan meningkat setiap tahunnya, karena di Kota Manado, Kabupaten Polewali, Kota Surabaya dan Kota Bandar Lampung justru terdapat penurunan jumlah fasilitas kesehatan. Saat dikonfirmasi ke pihak BPJS Kesehatan, pemutusan hubungan kerjasama antara fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan disebabkan karena BPJS Kesehatan menemukan bahwa layanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tidak sesuai dengan persyaratan dan standar BPJS Kesehatan, sehingga pemutusan hubungan kerjasama dinilai sebagai bentuk kontrol terhadap kualitas pelayanan.

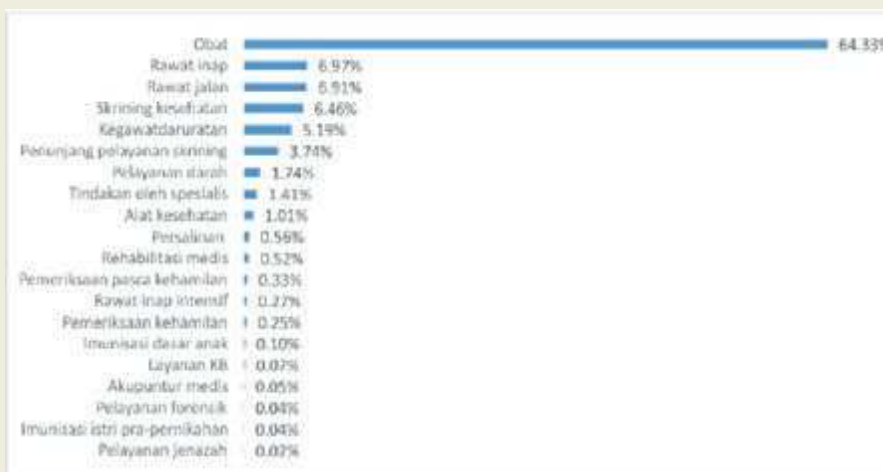
Diagram 23 Fasilitas Pelayanan Medis yang Pernah Dimanfaatkan oleh Runah Tangga di FKTP



Sumber: olahan hasil penelitian

Dari semua layanan yang tersedia di FKTP, layanan yang paling sering dijumpai dari jawaban responden yang pernah memanfaatkannya di FKTP adalah pemeriksaan pasca kehamilan (23,85%), diikuti rawat jalan (18,62%), imunisasi dasar bagi anak (17,26%), akupuntur medis (13,6%) dan layanan Keluarga Berencana (9,99%). Beberapa pelayanan lainnya juga turut diakses dengan persentase yang lebih rendah.

Diagram 24 Fasilitas Pelayanan Medis yang Pernah Dimanfaatkan Rumah Tangga di FKTL



Sumber: olahan hasil penelitian

Sebaran data yang berbeda dijumpai saat responden ditanya jenis pelayanan yang pernah dimanfaatkan di FKTL. Menurut diagram di atas, dapat dilihat secara kontras, responden menyatakan bahwa layanan yang pernah mereka akses adalah pelayanan obat, diikuti dengan rawat inap, rawat jalan, skrining kesehatan, serta kegawatdaruratan. Dengan adanya pelayanan berjenjang yang melibatkan FKTP dan FKTL, skema JKN telah terbukti mendorong terjadinya peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan di tingkat FKTP. Hal ini senada dengan data yang menunjukkan bahwa responden yang merupakan pengguna kelas III dan peserta bantuan iuran, memiliki kecenderungan yang lebih tinggi untuk memanfaatkan FKTP dengan jenis layanan yang beragam, khususnya terkait dengan kesehatan keluarga (pasangan suami istri, ibu dan anak). Dengan demikian, sangat penting bagi pemerintah untuk memberikan dukungan terhadap peningkatan mutu di FKTP karena dapat menjangkau masyarakat secara langsung.

Secara umum, layanan FKTL yang mengerucut pada jenis layanan spesifik dan keperluan akan obat yang sangat tinggi. Pengalaman responden dalam memanfaatkan layanan kesehatan di FKTL ditarik pada enam bulan terakhir dapat secara lebih rinci pada diagram di atas. Data menunjukkan bahwa jenis-jenis layanan rawat jalan yang diakses oleh responden adalah 33,8% layanan rawat jalan untuk penyakit kronik, 9,08% layanan rawat jalan untuk perawatan setelah operasi. Lebih jauh, 47,02% responden melakukan perawatan untuk proses pemulihan, 8,78% menjalani pengobatan untuk penyakit tertentu seperti pemeriksaan lanjutan, 1,11% responden melakukan pemeriksaan kehamilan, dan sebagian kecil yaitu hanya 0,20% responden mengakses layanan skrining kesehatan. Hasil survei juga menunjukkan bahwa terdapat 52% responden yang menjalani rawat inap menggunakan JKN dalam enam bulan terakhir. Perbandingan rawatan yang diakses oleh responden di FKTP dan FKTL dalam enam bulan terakhir ditangkap pada diagram berikut ini.

Diagram 25 Jenis Layanan di FKTP dan FKTL yang Diakses oleh Rumah Tangga dalam Enam Bulan Terakhir



Sumber: olahan hasil penelitian

Dari 4,76% rumah tangga yang pernah mengalami masalah saat mengakses rawat inap, sebesar 22,81% disebabkan karena kamar penuh, 22,81% karena pelayanan dokter dan perawat kurang baik, 14,04% ditolak karena tidak ada kamar, 14,04% karena prosedur pendaftaran berbelit-belit.

Diagram 26 RT yang Pernah Mengalami Masalah saat Mengakses Pelayanan Rawat Inap dan Jenis Permasalahannya



Sumber: olahan hasil penelitian

Selain itu, jawaban dari responden yang pernah menjalani rawat inap ketika ditanya apakah mereka harus menunggu untuk mendapatkan unit/ kamar perawatan inap dapat dilihat dalam grafik berikut berikut :

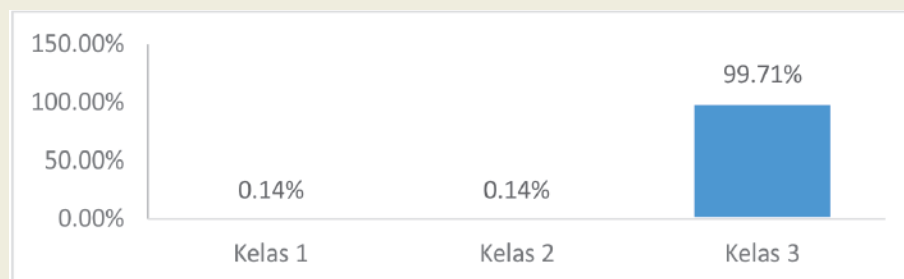
Diagram 27 Persentase Rumah Tangga Menunggu Kamar Perawatan Inap dan Alasan Menunggu



Sumber: olahan hasil penelitian

Dari gambar di atas terlihat bahwa sebesar 54% dari rumah tangga yang pernah menjalani rawat inap dalam 6 bulan terakhir menyatakan mereka diminta pernah diminta untuk menunggu ruang perawatan dengan berbagai alasan. 28,94% di antaranya karena diminta membayar tunggakan iuran BPJS kesehatan bulan sebelumnya, 28,00% karena menunggu sampai kondisi pasien stabil, 19,81% karena menunggu dokter, 19,22% karena keterbatasan tenaga kesehatan, 3,20% tidak diberikan informasi apapun, sementara sisanya karena menunggu ketersediaan kamar, menunggu kamar perawatan dipersiapkan, mengurus administrasi terlebih dahulu, dan mengikuti prosedur. Untuk ruang kelas perawatan yang diakses oleh responden dapat dilihat berikut ini :

Diagram 28 Kelas Rawat Inap RT



Sumber: olahan hasil penelitian

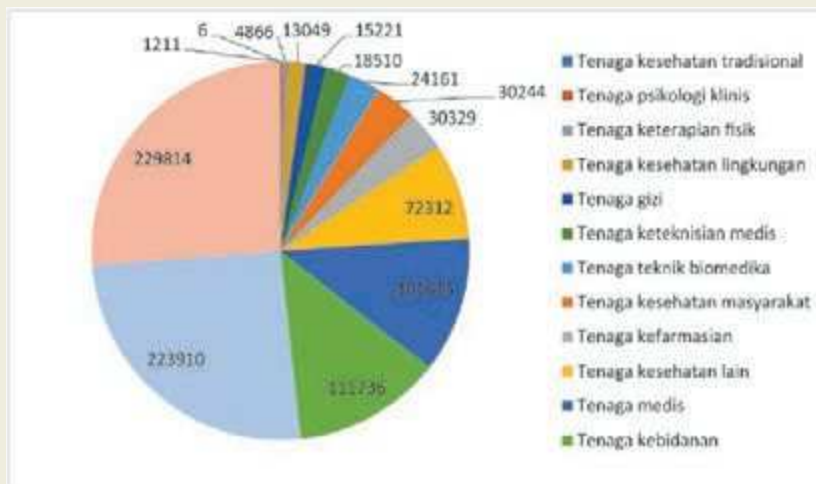
Gambar di atas menunjukkan bahwa dari responden yang pernah menjalani rawat inap, sebesar 99,71% menjalani rawat inap di kelas 3. Sedangkan responden

yang pindah kelas rawat inap baik ke kelas 1 maupun kelas 2 sebanyak 2 responden. Perpindahan kelas rawat inap ini dilakukan atas permohonan pasien sendiri.

VII.2. Tenaga Kesehatan

UU No. 36 tahun 2014 mengenai Tenaga Kesehatan mendefinisikan tenaga kesehatan sebagai tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknik biomedika, tenaga tradisional, dan tenaga kesehatan lainnya. Tenaga medis Indonesia pada tahun 2015 terdiri dari 41.026 dokter umum, 47.849 dokter spesialis, serta 11.686 dokter gigi. Berikut adalah rekapitulasi sumber daya manusia kesehatan di Indonesia tahun 2015.

Diagram 29 Tenaga Kesehatan Indonesia tahun 2015

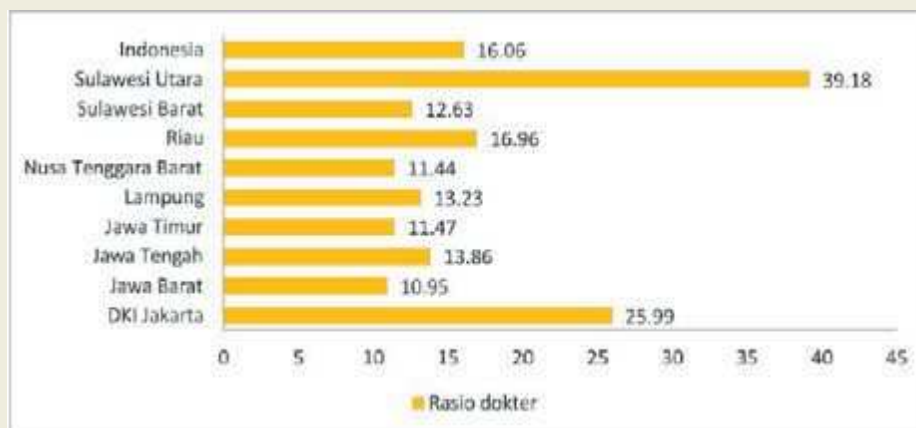


Sumber: (Kementerian Kesehatan, 2016)

Total tenaga kesehatan di Puskesmas di Indonesia tahun 2015 berjumlah 258.568 orang yang terdiri dari 219.860 orang tenaga kesehatan (85,03%) dengan proporsi terbanyak dalam profesi kebidanan, dan 38.708 tenaga penunjang kesehatan (14,97%) dengan proporsi paling kecil dalam profesi ahli teknologi laboratorium medik. Total tenaga kesehatan di rumah sakit pada tahun 2015 berjumlah 493.856 orang yang terdiri dari 322.607 tenaga kesehatan (65,32%) dengan proporsi paling banyak dalam profesi perawat dan paling sedikit dalam profesi dokter gigi. Total tenaga penunjang kesehatan di rumah sakit pada tahun 2015 adalah 171.249 orang (34,68%).

Berdasarkan Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat No. 54 tahun 2013 tentang Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan tahun 2011-2025, target rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk pada tahun 2019 di antaranya rasio dokter umum 45 per 100.000 penduduk, rasio dokter gigi 13 per 100.000 penduduk, rasio perawat 180 per 100.000 penduduk dan rasio bidan 120 per 100.000 penduduk.

Diagram 30 Rasio Dokter per 100.000 Penduduk Indonesia Tahun 2015



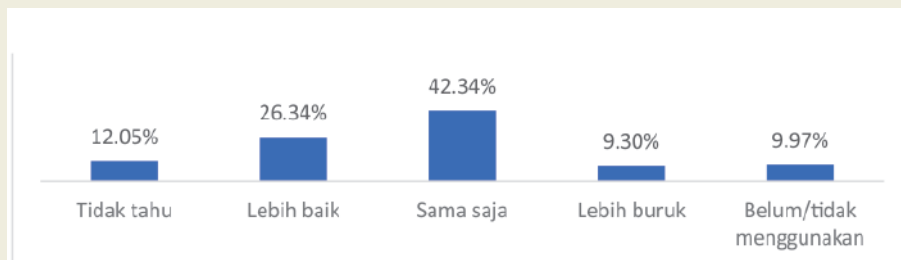
Sumber: (Kementerian Kesehatan, 2016)

Pihak BPJS Pusat MPKP menegaskan bahwa jumlah tenaga kesehatan masih menjadi kendala dalam pelaksanaan JKN karena belum terdistribusikan secara merata terutama di wilayah Indonesia bagian timur. Hal ini terjadi karena minat tenaga kesehatan untuk bertugas di wilayah timur sangat sedikit. Untuk mengatasinya, pihak Kementerian Kesehatan telah melakukan program Nusantara Sehat. Program ini dibuat untuk menempatkan tenaga kesehatan seperti dokter, bidan dan perawat ditempatkan di daerah-daerah. Sementara pihak BPJS berupaya menginformasikan kepada Kementerian Kesehatan selaku pemangku kebijakan agar berupaya mengatasi masalah tersebut.

“...kita selalu menginformasikan kepada Kemenkes supaya mereka juga bertindak karena pemerintah berkewajiban untuk bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan. Jadi kita memberikan asupan data salah satunya yang memang sudah ada solusi khususnya untuk wilayah terpencil itu. Ada Tim Nusantara Sehat (dokter, bidan, apoteker dan perawat) yang dibuat dan diberi pembekalan kemudian mereka ditempatkan di daerah-daerah tersebut.” (dr. Heni, 2016)

Mengenai pelayanan, Kementerian Kesehatan berupaya membuat standar pelayanan sehingga diharapkan pelayanan yang diberikan oleh seluruh tenaga kesehatan sama di semua tempat. Kementerian Kesehatan membuat penilaian akreditasi untuk meningkatkan pelayanan. Kecukupan tenaga kesehatan juga bisa dilihat dari antrian pasien dalam menunggu pelayanan di fasilitas kesehatan seperti Puskesmas atau rumah sakit. Jika antrian masih mengular dan panjang berarti sebenarnya tenaga kesehatan yang ada belum mencukupi. Hal ini tentu saja salah satunya disebabkan pertambahan kebutuhan pelayanan baik karena pertambahan penduduk atau makin banyaknya wabah penyakit tidak disertai dengan pertambahan fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan yang setara sehingga terjadi *gap* antara kebutuhan dan penyedia layanan.

Diagram 31 Perbandingan Penilaian RT Terhadap Waktu Menunggu Tenaga Kesehatan saat Menggunakan JKN dan Sebelumnya



Sumber: olahan hasil penelitian

Berdasarkan grafik di atas diketahui bahwa sebanyak 42,34% responden menilai bahwa waktu antri menunggu tenaga kesehatan saat menggunakan JKN dibandingkan dengan sebelum menggunakan JKN sama saja, sedangkan 26,34% merasa lebih baik. Hanya sedikit yang menyatakan bahwa waktu tunggu tenaga kesehatan saat menggunakan JKN lebih buruk jika dibandingkan dengan sebelumnya.

Diagram 32 Keluhan Rumah Tangga pada Prosedur Pemeriksaan Dokter

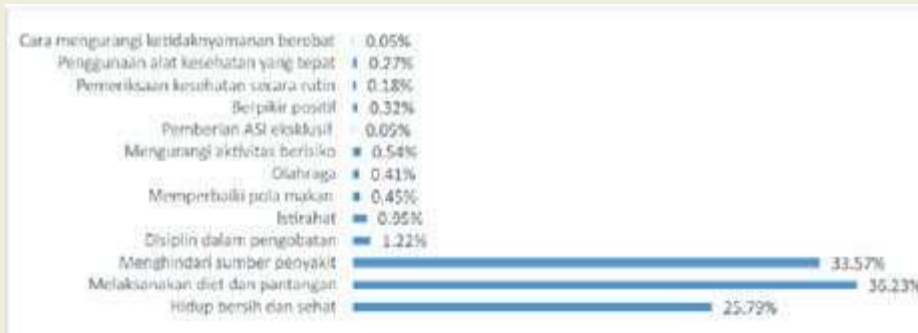


Sumber: olahan hasil penelitian

Berdasarkan grafik di atas terlihat bahwa sebesar 50,57% responden merasa bahwa dokter kurang peduli, 14,94% merasa tenaga kesehatan kurang komunikatif, dan 12,64% merasa dokter tidak datang tepat waktu sehingga harus menunggu lama. Temuan penting dalam penelitian ini adalah terdapatnya kuota yang ditetapkan oleh pihak dokter atau fasilitas kesehatan untuk menerima pasien yang menggunakan JKN. Hal ini mengakibatkan terbatasnya jumlah layanan yang dapat dimanfaatkan oleh pasien. Praktik seperti ini kerap dijumpai pada fasilitas kesehatan swasta (bukan milik pemerintah). Kecukupan tenaga kesehatan juga perlu diimbangi dengan perlakuan tenaga kesehatan dalam melayani masyarakat. Terdapat perbedaan terhadap pelayanan yang diterima antara sebelum dan setelah menggunakan layanan JKN. Beberapa responden mengakui bahwa saat ini dokter lebih ramah dan lebih cepat dalam penanganan pasien.

Sebesar 79,84% responden menyatakan bahwa tenaga kesehatan ramah, 10,04% menyatakan sangat ramah, dan hanya 1% yang menyatakan tenaga kesehatan tidak ramah. Artinya pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS menjalankan perannya dengan cukup baik dan menjaga mutu serta kualitas pelayanan yang prima, tanpa membedakan pasien BPJS dengan pasien umum. Keramahan dalam berkomunikasi dengan pasien juga berpengaruh terhadap kemudahan pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan, baik di tingkat FKTP maupun FKTL. Berdasarkan hasil survei diketahui bahwa sebanyak 53,42% dari 1.344 responden merasa komunikasi yang baik dari tenaga kesehatan sangat berpengaruh terhadap kemudahan mereka mendapatkan layanan kesehatan.

Diagram 33 Jenis Saran yang Diberikan oleh Tenakes kepada Responden



Dari 1344 responden, sebesar 77% menyatakan bahwa saat menggunakan JKN, mereka pernah mendapatkan saran atas masalah kesehatan yang mereka alami saat berobat. Dari 77% yang menyatakan pernah mendapatkan saran, terdapat 36,23% yang menerima larangan mengkonsumsi makanan tertentu, sebesar 33,57% mendapatkan saran untuk menjauhi sumber yang mungkin menyebabkan kambuhnya penyakit, dan 25,79% responden mendapatkan saran untuk hidup lebih bersih dan sehat.

Tidak semua tenaga kesehatan di FKTL swasta yang bekerjasama dengan BPJS menyetujui skema BPJS, sebagaimana yang terjadi di RS Bhakti Yuda, Kota Depok. Pelayanan JKN merupakan kewajiban, namun pihak rumah sakit masih perlu melakukan sosialisasi kepada dokter dan memberikan pilihan kepada dokter untuk mengikuti skema JKN atau tidak. Diakui bahwa tarif layanan yang dibayarkan ke dokter mengalami penurunan. Namun karena sifatnya wajib, dokter mengaku tidak punya pilihan. Serupa dengan hal tersebut, RS Urip Sumoharjo mengatakan bahwa kualitas pemahaman para tenaga kesehatan masih berproses. Tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, perawat, dan bagian administrasi menurutnya sudah cukup memahami program JKN, meski menurutnya dokter spesialis merasa belum 'sreg' dengan skema JKN karena nilai keekonomian pelayanan yang sangat tidak sesuai. Di sisi lain, pola pikir manajemen dan tenaga kesehatan masih berbeda karena prioritas keekonomian yang kerap mempengaruhi praktik pelayanan JKN. Selain itu kebijakan mengenai JKN yang masih sering berubah-ubah menyebabkan kebingungan bagi tenaga kesehatan dan manajemen rumah sakit.

VII.3. Mekanisme Pembayaran

Mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan yang bekerjasama, diatur dalam UU SJSN tahun 2004 pasal 24 ayat 2 dan Perpres No. 111 tahun 2013 pasal 38 yang berbunyi BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan tingkat pertama pada tanggal 15 (lima belas) bulan berjalan, membayar fasilitas kesehatan tingkat lanjut atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap, dan membayar ganti rugi kepada fasilitas kesehatan sebesar 1% dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap satu bulan keterlambatan.

Mengenai cara pembayarannya diatur oleh Perpres No. 12 tahun 2013 pasal 39, 40, dan Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 tahun 2014 pasal 68, 69, 70. Cara pembayaran pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. BPJS Kesehatan membayar fasilitas kesehatan tingkat pertama secara praupaya berdasarkan atas jumlah peserta yang terdaftar di fasilitas kesehatan tingkat pertama tersebut.
- b. Bila pembayaran kapitasi fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak memungkinkan, BPJS Kesehatan diberikan kewenangan untuk membayar fasilitas kesehatan dengan mekanisme lain yang berhasil guna.
- c. BPJS Kesehatan membayar pelayanan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat lanjutan berdasarkan cara *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs).
- d. Komponen-komponen biaya yang dibayarkan dalam kapitasi mencakup jasa dokter, dokter gigi, tenaga medis, obat, alat medis, bahan medis habis pakai, dan administrasi.
- e. Komponen biaya yang dibayarkan dalam INA-CBGs mencakup jasa dokter dan tenaga medis, akomodasi rawat inap, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, prosedur/ tindakan, dan administrasi.
- f. BPJS kesehatan membayar tagihan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan untuk pelayanan-pelayanan yang tidak masuk dalam kapitasi atau INA-CBGs, yaitu pelayanan skrining, pelayanan rujuk balik mencakup obat dan pemeriksaan penunjang, pelayanan ambulans, serta alat kesehatan di luar daftar INA-CBGs yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan

- g. BPJS Kesehatan membayar tagihan pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan besaran tarif INA-CBGs yang berlaku di wilayah domisili fasilitas kesehatan tersebut

Terdapat dua sistem pembayaran yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan. Bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), sistem pembayaran yang diterapkan adalah sistem kapitasi. Untuk skema pembayaran kapitasi masih banyak pihak yang salah kaprah (termasuk dokter) yang mengira setiap layanan dokter dihargai sekitar Rp 8.000,- sampai dengan Rp 10.000,-. Padahal kapitasi dihitung berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di suatu FKTP, bukan jumlah peserta yang berobat. Misalnya, jika sebuah praktik dokter pribadi memiliki 3.000 peserta BPJS yang terdaftar di tempatnya, maka setiap FKTP akan mendapat sekitar Rp 30 juta yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan. Nilai itu didapat dari total peserta terdaftar dikalikan kapitasi Rp 10.000. Jumlah tersebut ditentukan dalam kontrak kerjasama antara BPJS dengan pihak penyedia layanan yang dalam hal ini adalah FKTP dan dana kapitasi dibayarkan paling lambat setiap tanggal 15 setiap bulannya.

Dalam konteks pembiayaan, Puskesmas membuat Rencana Anggaran Belanja (RAB) ke Dinas Kesehatan. Saat disetujui, anggaran tersebut akan diberikan kepada Puskesmas. Praktek yang berjalan selama ini adalah apabila ada anggaran yang tidak digunakan maka dikembalikan ke pemerintah daerah (kas daerah). Pada saat penelitian ini dilakukan, belum ada skema atau informasi yang jelas mengenai mekanisme pembayaran integrasi JKN dan Jamkesmasda. Pemerintah Daerah kurang sepatutnya dengan skema BPJS dimana pembayaran iuran PBI diberikan sesuai jumlah PBI bukan berdasarkan jumlah orang yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Mekanisme pembayaran dengan menggunakan skema Jamkesmasda dinilai lebih mudah dan praktis dengan biaya yang lebih rendah dan manfaat yang lebih tinggi.

Bagi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKTRL), sistem pembayaran yang digunakan adalah sistem tarif paket INA CBGs. Sistem INA CBGs adalah tarif paket pelayanan kesehatan yang mencakup seluruh komponen biaya FKTL, mulai dari pelayanan non medis hingga tindakan medis. Tarif paket dalam INA CBGs dihitung berdasarkan data di berbagai Rumah Sakit di Indonesia (pemerintah atau swasta) yang meliputi tindakan medis yang dilakukan, obat-obatan, jasa dokter, dan barang medis habis pakai kepada pasien, termasuk

profit yang diperoleh Rumah Sakit. Data tersebut kemudian dihitung dalam rumus yang berlaku secara internasional dan diambil besaran rata-rata. Dengan paket biaya itu, Rumah Sakit dan dokter dituntut efektif dan efisien dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Pembayaran klaim juga harus dilakukan maksimal 15 hari kerja setelah berkas lengkap dari rumah sakit diterima. Artinya, kelengkapan berkas rumah sakit itulah yang menentukan seberapa cepat klaim tersebut dapat dibayarkan. Di sini lain, BPJS Kesehatan akan dikenai denda 1% dari total tagihan per rumah sakit jika terlambat membayar klaim.

Penundaan pembayaran umumnya disebabkan kurangnya kelengkapan administrasi dari Rumah Sakit ke BPJS atau keterlambatan dalam proses verifikasi dokumen. BPJS menyatakan bahwa pihaknya memerlukan tenaga dokter sebagai analis untuk memverifikasi klaim yang dikirimkan oleh pihak Rumah Sakit sehingga dapat dipastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan keperluan pasien dan apa yang diklaim oleh pihak Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan BPJS. Dengan ketidaklengkapan atau kurangnya informasi (analisis) yang akurat mengenai pelayanan yang diberikan juga akan menghambat atau memperlambat proses pembayaran BPJS kepada pihak Rumah Sakit. Klaim diproses dan dibayarkan selambatnya dalam 2 minggu setelah berkas yang diperlukan diberikan oleh pihak Rumah Sakit.

Pihak yang dianggap paling diuntungkan dengan mekanisme yang sekarang adalah puskesmas karena mereka sudah pasti mendapat dana kapitasi dengan jumlah sesuai jumlah cakupan meski masyarakat tidak mengakses layanan kesehatan. Sebaliknya, Rumah Sakit sebagai penerima rujukan merasa kurang pas dengan skema saat ini sebab mereka harus bekerja ekstra untuk semua pasien rujukan dengan dana yang relatif kecil dan dianggap tidak seimbang dengan pekerjaan yang harus dilakukan. Selain itu, pihak rumah sakit menilai jika besaran klaim saat ini masih di bawah harga keekonomian. Karena penetapan harga menggunakan rata-rata harga satuan pelayanan di 2000 rumah sakit, tarif INA-CBGS dinilai kecil apalagi untuk dokter yang berada di Rumah Sakit Swasta.





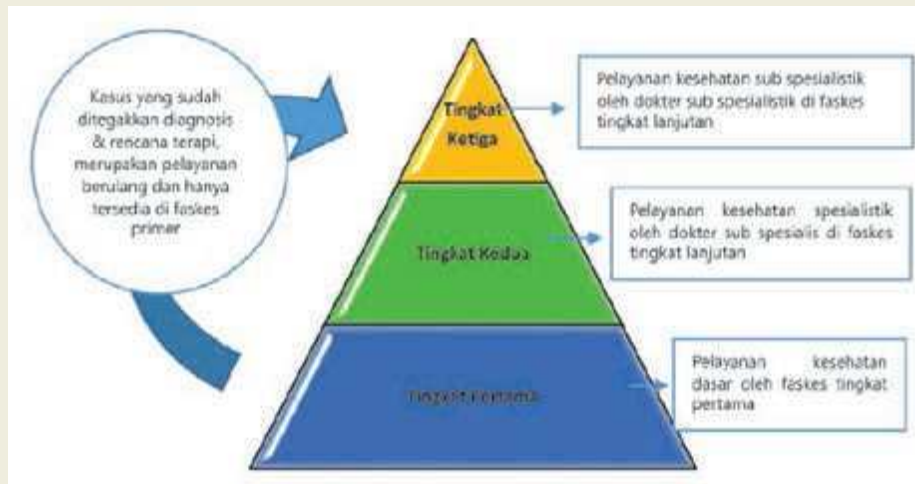
Bab VIII.

PEMANFAATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN

Prosedur layanan JKN di atur dalam peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dan Peraturan pelaksanaan Perpres No. 12 Tahun 2013 dan Perpres No. 111 Tahun 2013. Peraturan BPJS Kesehatan tersebut mengatur tata cara pendaftaran dan pemutahiran data peserta JKN, identitas peserta JKN, tata cara pembayaran iuran, tata cara pengenaan sanksi administratif, tata cara penggunaan hasil penilaian teknologi kesehatan, prosedur pelayanan kesehatan, prosedur pelayanan gawat darurat, tata cara penerapan sistem kendali mutu pelayanan JKN. Ketentuan

umum mengenai sistem rujukan berjenjang telah di atur oleh BPJS terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu:

Bagan 8 Sistem Rujukan Berjenjang



Sumber : bpjs-kesehatan.go.id

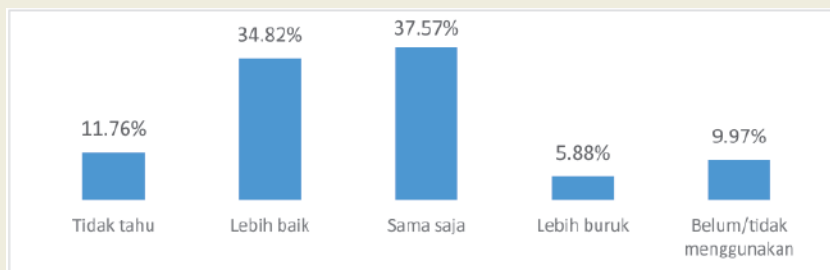
BPJS Kesehatan menginformasikan bahwa dengan penerapan sistem rujukan berjenjang, peserta BPJS Kesehatan dapat melakukan rujukan baik secara vertikal maupun horizontal. Rujukan horizontal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan jika perujuk (fasilitas kesehatan) tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan, dan atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap. Rujukan ini diberikan jika peserta BPJS Kesehatan membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik. Rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi, atau sebaliknya.

Berdasarkan buku panduan praktis sistem rujukan berjenjang yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan, ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, geografis, dan ketersediaan fasilitas. Dokter serta tenaga kesehatan medis di FKTP harus memiliki standar untuk membuat diagnosa dan melakukan penatalaksanaan 155 penyakit secara mandiri sesuai dengan Permenkes No. 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer yang berpedoman pada panduan praktik klinis, hal ini dilakukan karena FKTP merupakan penapis rujukan ke FKTL agar tidak terjadi ledakan pasien di FKTL.

VIII.1. Prosedur Layanan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. FKTP merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan dan dijadikan *gate keeper* atau gerbang pertama dalam sistem kesehatan nasional. Peserta JKN hanya perlu membawa kartu JKN-KIS dan kartu identitas pada saat melakukan pendaftaran di FKTP dan FKTL, hal tersebut dilakukan untuk menghindari adanya penggunaan kartu oleh orang lain.

Diagram 34 Perbandingan Penilaian RT Mengenai Prosedur Layanan saat Menggunakan JKN dan Sebelumnya



Sumber: olahan hasil penelitian

Gambar di atas menunjukkan bahwa sebesar 37,57% responden menilai bahwa prosedur pelayanan (pendaftaran, pemeriksaan dan rujukan) yang telah dijalankan selama ini sama saja, sebesar 34,82% menilai lebih baik, 11,76% tidak tahu, 9,97% belum atau tidak menggunakan JKN, dan 5,88% menilai lebih buruk.

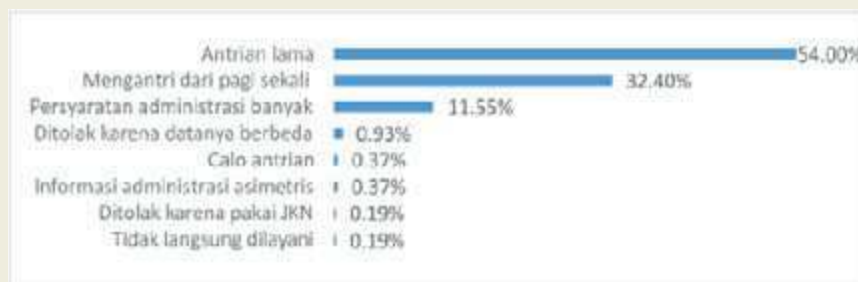
Pemahaman terhadap prosedur pelayanan berjenjang belum tersebar secara merata di semua wilayah penelitian, hal ini merupakan salah satu tantangan terbesar dalam pelaksanaan JKN. Masyarakat tidak terbiasa dengan sistem berobat berjenjang seperti yang diterapkan oleh JKN, sehingga sistem ini dianggap kaku dan merepotkan baik bagi pasien dan pemberi layanan. Pasien yang tidak paham akan langsung datang ke rumah sakit dan melakukan antrian sebelum loket pendaftaran dibuka, lalu setelah mendapat giliran ke

Puskesmas dijadikan *gate keeper* dalam fungsi pencegahan dan promosi kesehatan sehingga masyarakat tidak terlalu menekankan pada pengobatan tetapi pada pencegahan”

(Bappenas RI)

bagian pendaftaran ternyata harus membawa surat rujukan dan pasien diminta untuk melakukan pemeriksaan dan pengobatan di Puskesmas atau Klinik terlebih dahulu, sementara waktu pendaftaran dan waktu operasional Puskesmas terbatas, sehingga pasien dalam keadaan sakit harus kembali ke rumah dan baru bisa ke Puskesmas besok harinya untuk melakukan pengobatan.

Diagram 35 Jenis Keluhan RT pada Prosedur Pendaftaran Pasien



Sumber: olahan hasil penelitian

Dari rumah tangga yang mengeluhkan perihal prosedur pendaftaran pasien, sebesar 54% mengeluh karena harus mengantri lama, sebesar 32,40% karena harus datang berobat sangat pagi agar mendapatkan nomor antrian, sebesar 11,55% karena banyak berkas yang harus dipersiapkan untuk mendaftar.

Diagram 36 Frekuensi RT yang Meminta Rujukan dari FKTP dan FKTL (Kiri) serta Alasan Permintaan Rujukan (Kanan)

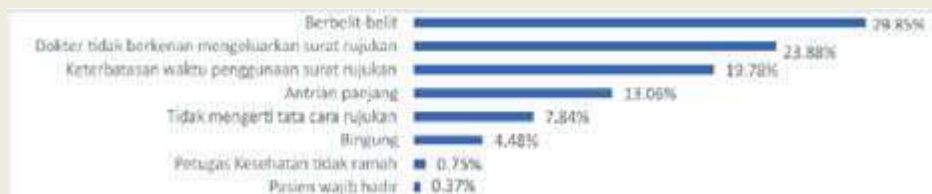


Sumber: olahan hasil penelitian

Sebesar 89,43% responden pernah meminta/menerima surat rujukan dari FKTP dan sebesar 20,39% responden pernah meminta/menerima surat rujukan dari FKTL. Responden meminta/menerima rujukan dari FKTP/FKTL disebabkan oleh beberapa hal yaitu: 38,6% karena penyakit yang diderita memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut, 34,8% karena tidak tersedianya fasilitas kesehatan yang dibutuhkan,

sebesar 26% karena tidak tersedianya tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Dari responden yang meminta/menerima surat rujukan, sebesar 57% menyatakan bahwa mereka tidak ikut memilih sendiri FKTL yang menjadi rujukan dan sebesar 43% ikut memilih FKTL yang menjadi rujukan. Selain itu sebesar 73% responden menyatakan bahwa mereka mendapatkan penjelasan mengenai alasan pemilihan FKTL yang menjadi rujukan.

Diagram 37 Jenis Keluhan RT pada Prosedur Mendapatkan Surat Rujukan



Sumber: olahan hasil penelitian

Berdasarkan gambar di atas, sebesar 29,85% menyatakan bahwa prosedur surat rujukan berbelit-belit, 23,88% karena dokter tidak berkenan mengeluarkan surat rujukan, sebesar 19,78% turut mengeluhkan keterbatasan waktu penggunaan surat rujukan, sehingga membuat pasien harus *bolak balik* ke FKTP. Selain itu kurangnya perhatian pasien terhadap media informasi yang ada di FKTP juga dirasa menyulitkan FKTP karena pasien datang hanya untuk mendapatkan surat rujukan dan berakibat pada naiknya jumlah rujukan. Ketidaktahuan pasien tentang sistem rujukan terjadi hampir di semua daerah, seperti di Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung dimana sebagian besar pasien ingin berobat ke Rumah Sakit, pasien datang untuk minta rujukan langsung ke Rumah Sakit kelas B seperti RS Urip Sumoharjo (RSUS). Padahal sebagai FKTP, Puskesmas harus menekan jumlah rujukan pasien agar tidak melebihi angka 5% dari total kunjungan per bulan agar tidak merusak prestasi mereka yang berakibat langsung pada kapitasi.

Dari responden yang pernah meminta/ menerima surat rujukan, sebesar 95% merasa tidak mengalami permasalahan rujukan dan 5% lainnya merasa pernah mengalami masalah saat mengakses rujukan. Permasalahan yang dialami antara lain yakni sebesar 68,33% karena FKTL rujukan jauh dari tempat tinggal dan 8,33% ditolak karena persyaratan administrasi tidak lengkap. Selain itu, terdapat 6% responden yang menyatakan bahwa FKTL rujukan yang diberikan tidak memberikan pelayanan yang diperlukan oleh pasien. Hal tersebut dapat dicermati di diagram berikut

Diagram 38 Permasalahan RT terkait Rujukan yang Diberikan



Sumber: olahan hasil penelitian

Berdasarkan data BPJS triwulan pertama tahun 2015 diketahui angka rujukan dari FKTP ke rumah sakit sebesar 2.236.379 dari total kunjungan pasien di FKTP 14.619.528 **Invalid source specified..** Padahal sesuai dengan program promotif preventif, diharapkan tenaga kesehatan yang ada di FKTP dapat meningkatkan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat sehingga yang sehat bisa tetap sehat dan yang sakit tidak tambah parah penyakitnya. Permasalahan rujukan ini harus disikapi secara serius oleh semua pihak tergantung karakter masyarakat setiap daerah. Berdasarkan hasil temuan lapangan, salah seorang dokter di FKTP Kabupaten Karo pernah mengalami tindak kekerasan dari masyarakat karena tidak mengeluarkan surat rujukan, padahal penyakit pasien tersebut tidak termasuk dalam penyakit kronis dan masih sanggup ditangani di FKTP.

Tantangan lainnya dalam pelaksanaan JKN dilihat dari FKTP yakni ketika pasien meminta pulang paksa sebelum waktu rawat inap habis, dirasa menyulitkan Puskesmas karena klaim tidak akan dibayarkan oleh pihak BPJS dan mengakibatkan kerugian secara finansial bagi Puskesmas. Berbeda dengan Puskesmas, FKTP swasta mengalami hal lainnya dimana meningkatnya jumlah kunjungan pasien tidak serta merta meningkatkan profit karena pelayanan yang mereka berikan dihitung berdasarkan kapitasi yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan. Diakui beberapa oleh FKTP swasta, sejak bergabung dengan BPJS justru mengalami penurunan omset hingga 25% meskipun beban kerja semakin meningkat, sehingga pihak manajemen klinik harus melakukan banyak sekali penghematan agar dapat menggaji karyawannya dan menghasilkan keuntungan. Pasien yang telat membayar iuran juga berdampak pada pembayaran kapitasi, ketidakpahaman pasien berakibat pada kacaunya sistem administrasi Faskes.

Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, rumah sakit memiliki mekanisme yang berbeda-beda. Beberapa rumah sakit menerapkan alur dan persyaratan administrasi yang berbeda-beda dan hal itu merupakan kewenangan rumah sakit. Persyaratan administrasi yang diberlakukan contohnya yakni foto copy KK dan KTP di setiap loketnya. Persyaratan

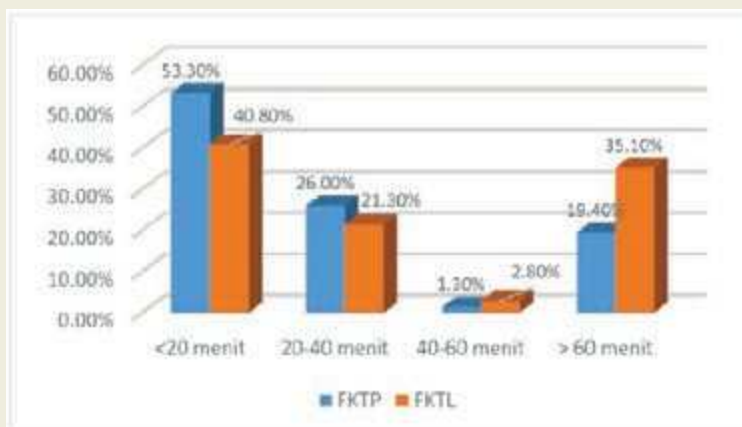
dan prosedur administrasi masih dianggap sebagai hal yang memberatkan masyarakat ditambah dengan antrian yang panjang apalagi yang mengantri dalam kondisi sakit maka memperburuk citra pelayanan di rumah sakit. Harapannya, semakin lama masyarakat akan semakin mudah mengakses pelayanan rumah sakit yang semakin baik.

Di RSUD Ciawi Kabupaten Bogor, untuk bisa mendapatkan pelayanan poli pasien harus melalui proses 3 kali antrian. Pertama antrian untuk mengambil nomer untuk pendaftaran poli, antrian ini sejak pukul 6 pagi dan antrian cukup panjang hingga depan pintu masuk rumah sakit. Jumlah pasien Poli Penyakit Dalam dibatasi setiap harinya. Untuk mendapatkan nomer antrian tak sedikit pasien yang datang tengah malam dan menginap di Mushola RSUD untuk kemudian mulai berdiri di depan pintu rumah sakit sekitar pukul setengah 6 lantaran jam 8 pagi adalah waktu buka loket pendaftaran. Setelah itu, pendaftaran ke poli dapat dilakukan dengan formulir yang didapat dari loket pendaftaran sekaligus menyerahkan kuitansi ke bagian administrasi BPJS, baru kemudian mengantri menunggu bertemu dokter. Setelah diperiksa dan menerima resep, dilanjutkan mengantri obat. Dari semua itu yang paling lama adalah antri pendaftaran dan antri menunggu obat.

Di rumah sakit, antri loket dan antri dokternya bisa sampai 5 - 6 jam. Berangkat ke rumah sakit Jam 5 pagi dan selesai sampai jam 3 sore. Loket antrian lama, dokter lumayan lama, obat lebih lama lagi, obat saja bisa sampe 3 jam.”

(SR, pasien BPJS PBI, 2016)

Diagram 39 Waktu yang Dibutuhkan untuk Mendapatkan Nomor Antrian Registrasi BPJS di FKTP dan FKTL (dalam menit)



Sumber : olahan penelitian

Berdasarkan data di atas diketahui, sebesar 53,30% responden mengantri selama < 20 menit di FKTP dan 40,80% di rumah sakit. Namun sebesar 19,40% menunggu

Semua sama antri juga, yang *stroke* itu juga gak ada antrian khusus, kadang-kadang dia marah lama banget kan kadang malah udah sampe nangis di kursi roda ngerasain perut, anaknya kan juga bingung ya. jadi kalau dia antri nomer berapa ya itu yang dilayani.”

(SR, pasien BPJS PBI RSUD Pasar Minggu, 2016)

> 60 menit di FKTP dan 35,10% di FKTL. Lama waktu mengantri, masih menjadi permasalahan hampir di semua wilayah penelitian. Selain itu pelayanan yang belum optimal masih sering ditemui di tingkatan rumah sakit, semisal diakui bahwa tidak ada perlakuan khusus pada lansia, penyandang disabilitas, maupun wanita hamil untuk mendapatkan prioritas layanan karena semua diperlakukan sama. Salah seorang informan yang merupakan peserta BPJS PBI menyatakan bahwa lamanya waktu untuk mengakses layanan kesehatan disebabkan oleh terbatasnya jumlah poli layanan. Di RSUD Ciawi juga belum ada kebijakan pemisahan antrian khusus lansia, penyandang disabilitas, dan ibu hamil. Tidak adanya diskriminasi positif menyulitkan pasien yang dalam kondisi lemah karena harus mengantri untuk mendapatkan layanan kesehatan di poli hingga lebih dari 2 jam.

VIII.2. Layanan Rawatan di FKTP dan FKTL

Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan (RSU milik pemerintah) dibagi dalam 4 kelas (A, B, C, D) berikut :

Bagan 9 Pembagian Kelas Rumah Sakit Pemerintah

Rumah Sakit Kelas A	Rumah Sakit Kelas B	Rumah Sakit Kelas C	Rumah Sakit Kelas D
<ul style="list-style-type: none">• Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis Spesialistik Luas dan Sub Spesialistik Luas.• Penyakit Dalam, Kebidanan dan Penyakit Kandungan, Bedah, Kesehatan Anak, THT, Mata, Syaraf, Jantung, Kulit dan Kelamin, THT, Paru, Radiologi, Anestesi, Rehabilitasi medis, Patologi klinik, Patologi Anatomi.	<ul style="list-style-type: none">• Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 Spesialistik dan Sub Spesialistik Terbatas.• Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Kebidanan dan Penyakit Kandungan, Bedah, Anestesi, THT, Kulit dan Kelamin, Radiologi, Patologi klinik, Psikiatri, Neurologi, Mata, Bedah Digestif/Ortopedi, Kardiologi.	<ul style="list-style-type: none">• Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis Spesialistik Dasar yang meliputi spesialis.• Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Kebidanan dan kandungan, Bedah.	<ul style="list-style-type: none">• Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar.

Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan No. 56 Tahun 2014

Untuk dapat mengakses layanan kesehatan di rumah sakit, peserta JKN harus membawa kartu kepesertaan BPJS Kesehatan dan rujukan dari FKTP. Petugas loket di rumah sakit akan mengecek berkas-berkas kelengkapan rujukan apakah datanya sesuai dengan dokumen yang dimiliki. Jika ada perbedaan identitas maka harus ada surat keterangan dari BPJS, tetapi jika berkas sudah lengkap maka dibuatkan Surat Eligibilitas (SEP) dan pasien dapat dilayani. Sedangkan untuk kasus *emergency* maka pasien dapat masuk melalui Instalasi Gawat Darurat (IGD). Prosedur layanan di IGD tidak rumit, pasien dalam kondisi gawat dapat langsung mengakses IGD kapanpun selama 24 jam tanpa perlu rujukan, dengan standar penanganan paling lama 5 (lima) menit setelah pasien masuk ke IGD, standar ini sesuai dengan prinsip umum standar penanganan Instalasi Gawat Darurat di Rumah sakit yang di atur dalam Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) no.856 tahun 2009. Namun perlu menjadi perhatian bahwa kondisi gawat darurat menurut peserta belum tentu sama dengan pandangan BPJS sebagai operator layanan. Temuan di lapangan menunjukkan misalnya masyarakat menganggap segala kondisi demam bisa langsung ditangani di IGD. Padahal berdasarkan peraturan BPJS, hanya demam bersuhu lebih dari 40°C yang bisa masuk ke IGD.

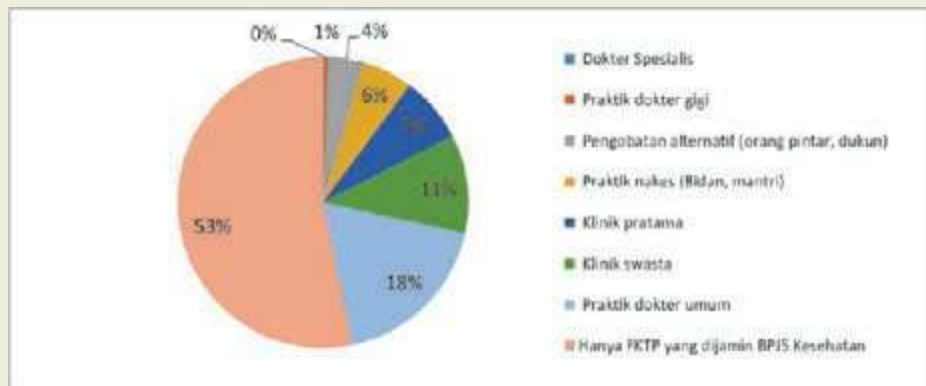
Ketidakmerataan pemahaman mengenai prosedur layanan kesehatan menggunakan BPJS juga berdampak kepada petugas kesehatan di FKTL, karena beberapa pasien yang sudah terlanjur mengantri di rumah sakit memaksa untuk dilayani oleh rumah sakit meski tidak punya surat rujukan dari FKTP. Atau ada pula kasus di mana pasien akan memaksa FKTP untuk memberikan rujukan ke rumah sakit, sehingga mau tak mau FKTP akhirnya memberikan surat rujukan meskipun tahu pasien akan tetap ditolak di FKTL yang dituju karena penyakitnya tidak masuk dalam INA-CBGs untuk penyakit lanjutan. Dan akhirnya pasien merasa tidak puas dengan sistem pelayanan kesehatan yang ada baik di tingkat FKTP maupun FKTL.

Selain itu, Rujukan berjenjang dan harus dalam satu kota wilayah tempat tinggal juga dianggap menyulitkan. Akibatnya, peserta JKN masih merasa bahwa prosedur rujukan yang digunakan rumit dan berbelit-belit. Hal ini memang cukup banyak dikeluhkan dan pemerintah belum membuat kebijakan untuk menyelesaikan masalah ini, walaupun dalam buku pegangan JKN **Invalid source specified**, disebutkan tentang prinsip penyelenggaraan JKN. Salah satunya prinsipnya adalah Portabilitas, dimana program JKN ini memberikan jaminan secara berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan/ tempat tinggal selama masih dalam wilayah negara Republik Indonesia. Artinya peserta JKN baik PBI maupun non PBI dapat mengakses layanan

di tingkatan FKTL dimana saja dia berada selama masih berada di Indonesia. Saat ini kartu JKN bisa digunakan dimanapun, namun dengan catatan ada perubahan alamat domisili atau ada surat keterangan domisili. Tentunya hal ini belum dapat memecahkan persoalan prosedur portabilitas itu.

Data mengenai tempat berobat (FKTP) yang dikunjungi responden dapat dilihat pada diagram di bawah ini.

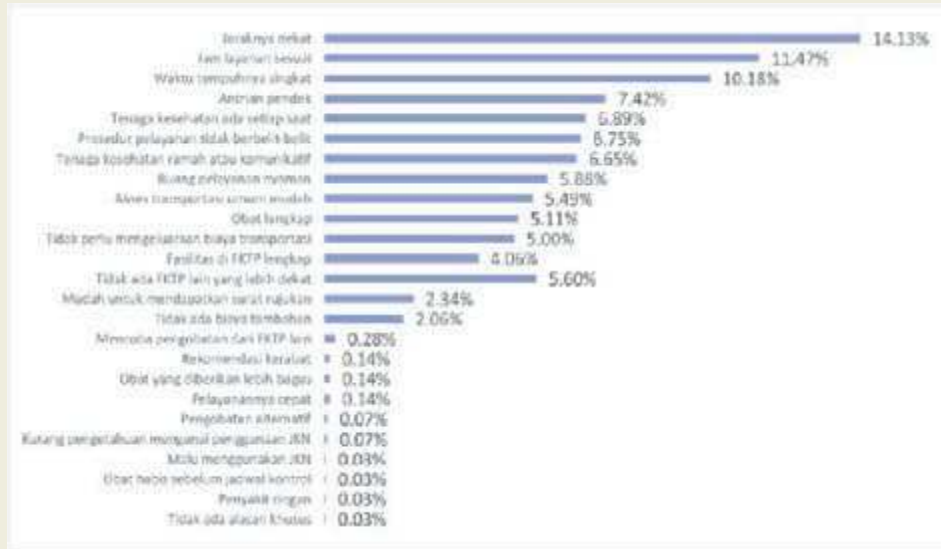
Diagram 40 FKTP yang Dikunjungi ketika Sakit



Sumber : olahan penelitian

Pada saat sakit sebanyak 53% responden memilih FKTP yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan, sebanyak 18% mengunjungi praktek dokter umum yang tidak bekerjasama dengan BPJS, 11% mengunjungi klinik swasta. Jika dilihat dari tingkat kesadaran masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan, sudah terjadi perubahan seperti yang terjadi di Kabupaten Lombok Timur. Berdasarkan informasi, sebelum adanya JKN masyarakat lebih memilih ke Dukun daripada ke Puskesmas, klinik ataupun rumah sakit, namun sekarang angka masyarakat yang mengakses layanan kesehatan sudah cukup tinggi. Alasan masyarakat memilih berobat ke FKTP yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, antara lain yakni sebesar 14,13% karena jaraknya dekat, 11,47% karena jam layanan cocok dengan waktu berobat.

Diagram 41 Alasan RT Berobat ke FKTP yang Tidak Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan



Sumber : olahan penelitian

Pelayanan kesehatan kepada peserta JKN harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya sesuai dengan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Pasal 42 ayat (1) artinya setiap masyarakat diharapkan dapat memperoleh akses layanan kesehatan yang prima sesuai dengan kebutuhan pasien baik di tingkatan FKTP maupun FKTL tanpa adanya diskriminasi antara pasien PBI, PBPU dan pasien umum. Seperti yang dilakukan oleh RSUD Pasar Minggu yang berusaha memberikan pelayanan kesehatan yang baik kepada seluruh pasien tanpa diskriminasi.

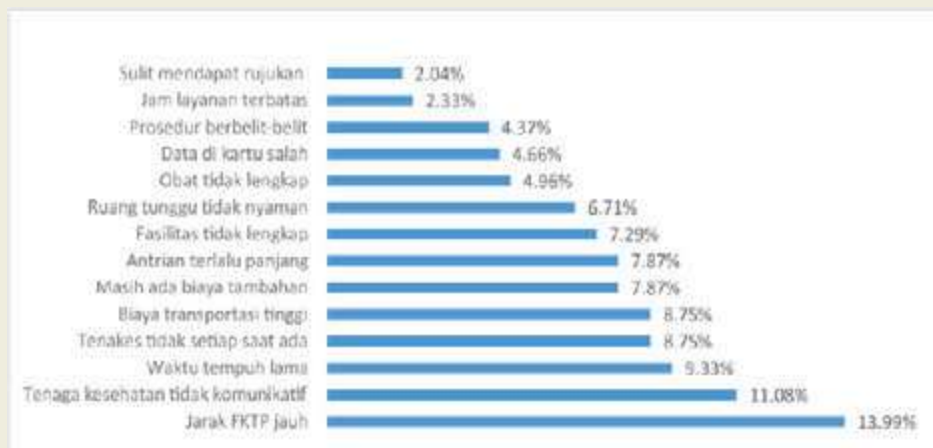
Mengenai kasus-kasus seperti penolakan pasien di rumah sakit, perlu pengkajian lebih lanjut mengenai alasan penolakan tersebut. Karena JKN mempunyai skema dimana pasien harus mengakses fasilitas kesehatan tingkat pertama lebih dahulu sebelum dapat mengakses rumah sakit, kecuali untuk hal-hal yang bersifat darurat. Untuk pasien yang dipulangkan dari rumah sakit, sementara penyakit pasien tersebut belum sembuh total, hal tersebut seharusnya bisa ditanyakan lebih lanjut kepada rumah sakit dan

Penanganan antara pasien umum dan pasien BPJS tidak pernah dibedakan. Baik dari pelayanan, obat, tindakan dan apapun. Semuanya ditangani sama paling hanya cara bayarnya yang berbeda.”

(RB, RSUD Pasar Minggu, 2016)

pihak pembuat kebijakan. Dari 1.344 responden, sebanyak 10% merasa bahwa mereka mendapatkan kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan. Kesulitannya dideskripsikan dalam survey pada diagram di bawah ini. Kesulitan yang diakui oleh responden terkait dengan jarak dan waktu, tenaga kesehatan, biaya, administrasi, obat, dan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Diagram 42 Jenis Kesulitan RT saat Mengakses Layanan di FKTP



Sumber: olahan hasil penelitian

Layanan Kesehatan Reproduksi, Ibu dan Anak

Diagram 43 Perbandingan Penilaian RT terhadap Layanan Imunisasi Dasar, Program KB, Pemeriksaan Kehamilan, Persalinan dan Pasca Kehamilan saat Menggunakan JKN dan Sebelum Menggunakan JKN



Sumber: olahan hasil penelitian

Sebanyak 19,9% responden yang mengakses pelayanan KB tidak tahu perbandingannya, 9,5% merasa sama saja, 6,3% merasa lebih baik, dan 0,1% merasa lebih buruk. Dari responden yang pernah mengakses pelayanan imunisasi dasar anak, sebanyak 19,6% responden tidak tahu perbandingannya jika dibandingkan sebelum menggunakan JKN dan sebelumnya, 9% merasa sama saja, 6,4% merasa lebih baik, dan 0,1% merasa lebih buruk.

Untuk pelayanan pemeriksaan kehamilan, dari responden yang pernah mengaksesnya sebanyak 18,5% tidak tahu perbandingannya, sebanyak 8,8% merasa sama saja, 7,6% merasa lebih baik, dan 0,2% merasa lebih buruk. Untuk pelayanan persalinan, sebanyak 18,1% tidak tahu perbandingannya, 9% merasa sama saja, 7,4% merasa lebih baik, dan 0,2% merasa lebih buruk. Untuk pelayanan pasca kehamilan, sebanyak 18,6% responden yang pernah mengakses layanan tersebut tidak tahu perbandingannya, 8,6% merasa sama saja, 6,9% merasa lebih baik, dan 0,1% merasa lebih buruk.

Dari seluruh rumah tangga yang menjadi responden survey, sebanyak 10% (140) rumah tangga pernah hamil atau sedang hamil antara tahun 2014-2016. Sebanyak 66% dari rumah tangga yang pernah atau sedang hamil tersebut menggunakan JKN untuk pemeriksaan kehamilan hingga pasca kehamilan. Sedangkan 34% responden tidak menggunakan JKN untuk pemeriksaan kehamilan hingga pasca kehamilan karena hal-hal berikut :

Diagram 44 Alasan RT Tidak Menggunakan JKN untuk Pemeriksaan Kehamilan Hingga Pasca Kehamilan



Sumber: olahan hasil penelitian

Sebanyak 29,51% tidak menggunakan JKN karena jarak FKTP/ FKTL jauh dari tempat tinggalnya, sebanyak 27,87% karena baru saja terdaftar sebagai peserta JKN, 16,39% karena prosedur berbelit-belit. Dari seluruh rumah tangga responden yang pernah hamil atau sedang hamil antara tahun 2014-2016, didapatkan data berikut perihal tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan kehamilan, membantu persalinan dan pasca kehamilan.

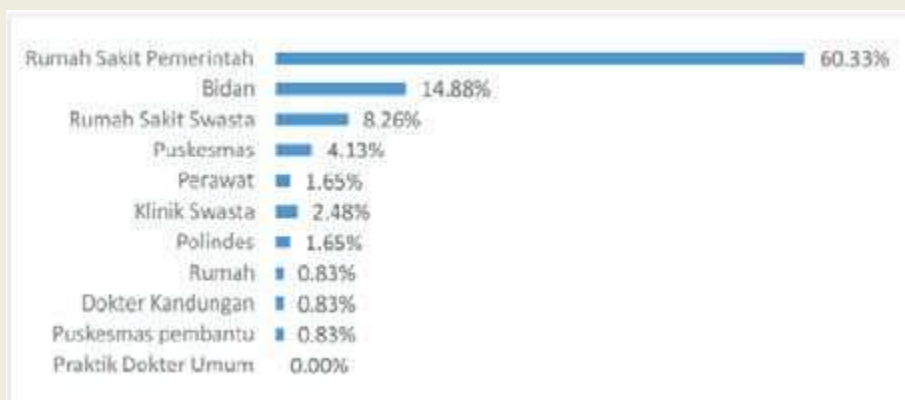
Diagram 45 Tenaga yang Melakukan Pemeriksaan Kehamilan, Pertolongan Persalinan dan Pemeriksaan Pasca Kehamilan



Sumber: olahan hasil penelitian

Dari gambar di atas terlihat bahwa tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan paling tinggi pada masa kehamilan dilakukan oleh bidan yakni sebesar 34,9% sementara itu sebanyak 55,7% responden memilih dokter kandungan untuk membantu persalinan, dan untuk pasca kehamilan sebesar 54,0% responden memilih dokter kandungan. Namun dari grafik di atas terlihat masih ada masyarakat yang memilih dukun bayi untuk membantu persalinan dan perawatan pasca kehamilan. Selain tenaga kesehatan, tempat melakukan persalinan juga merupakan hal yang cukup berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan anak. Tempat melakukan persalinan paling banyak yakni di rumah sakit pemerintah sebesar 60,33%. Sebanyak 14,88% di bidan, 8,26% di rumah sakit swasta, dan 4,13% di puskesmas. Berikut adalah tempat melakukan persalinan yang dipilih oleh responden.

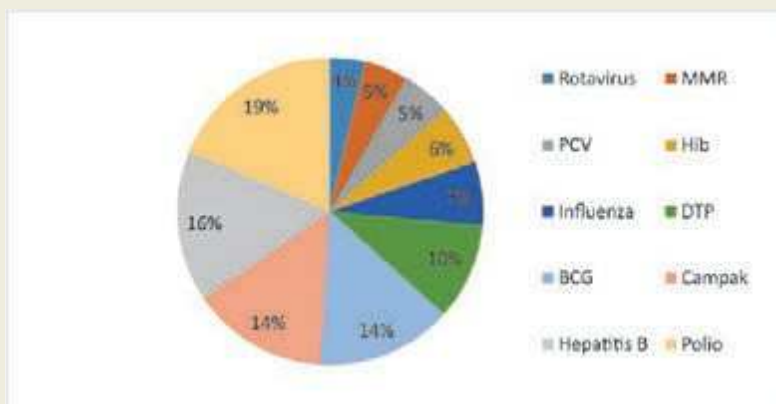
Diagram 46 Tempat Persalinan yang Dipilih oleh Rumah Tangga



Sumber: olahan hasil penelitian

Pada saat dilakukan survey, terdapat 15% (atau setara dengan 198 orang responden) rumah tangga yang tengah memiliki anak dengan usia di bawah lima tahun. Dari keluarga dengan anak balita, terdapat 36% yang sedang mengikuti program imunisasi dasar menggunakan JKN. Imunisasi dasar yang diikuti oleh seluruh rumah tangga responden yang memiliki anak antara lain sebagai berikut.

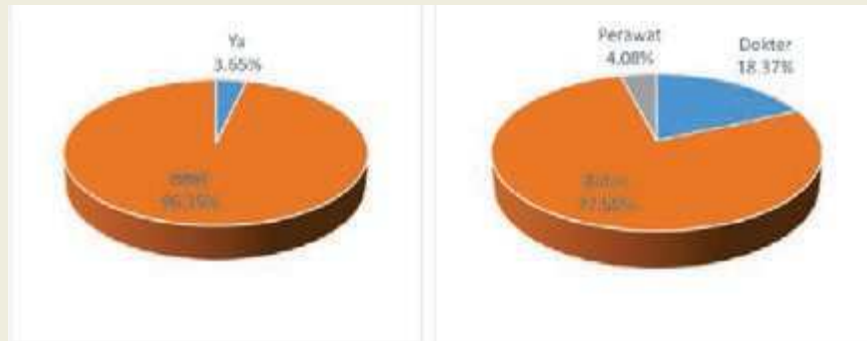
Diagram 47 Jenis Imunisasi yang diberikan untuk Anak Berusia di bawah Lima Tahun



Sumber: olahan hasil penelitian

Dari gambar di atas terlihat bahwa sebanyak 19% anak sudah mendapatkan imunisasi Polio, 16% sudah mendapatkan imunisasi Hepatitis B, 14% mendapatkan imunisasi Campak, 14% telah mendapatkan imunisasi BCG, 10% telah mendapatkan imunisasi DTP, dan sebaran dengan frekuensi lebih kecil untuk jenis imunisasi lainnya seperti influenza, Hib, PCV, Rotavirus dan MMR.

Diagram 48 Rumah Tangga yang mengakses Layanan KB (Kiri) dan Tenaga yang Memberikan Layanan (Kanan)

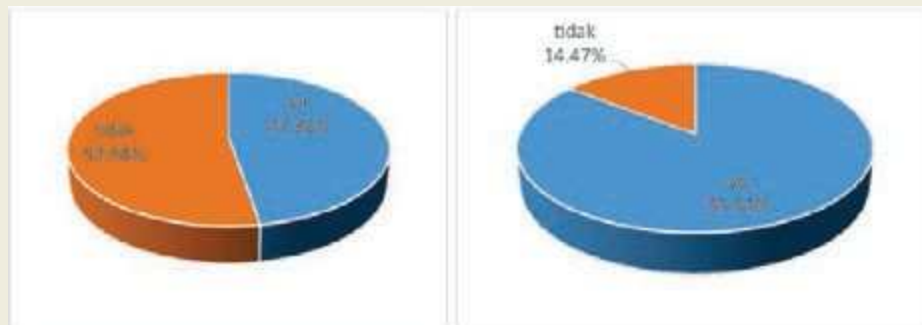


Sumber: olahan hasil penelitian

Untuk pelayanan kesehatan KB yang juga bisa diakses dengan menggunakan JKN, sebanyak 3,65% rumah tangga pernah menggunakan JKN untuk mengakses layanan KB, dan sebanyak 77,55% pelayanan kesehatan diberikan oleh bidan, sebanyak 18,37% dilakukan oleh dokter, dan 4,08% oleh perawat.

Layanan Kegawatdaruratan

Diagram 49 Frekuensi Rumah Tangga Mengakses Layanan Kegawatdaruratan Menggunakan JKN (Kiri) dan Layanan Diberikan Kurang dari 15 Menit (kanan)

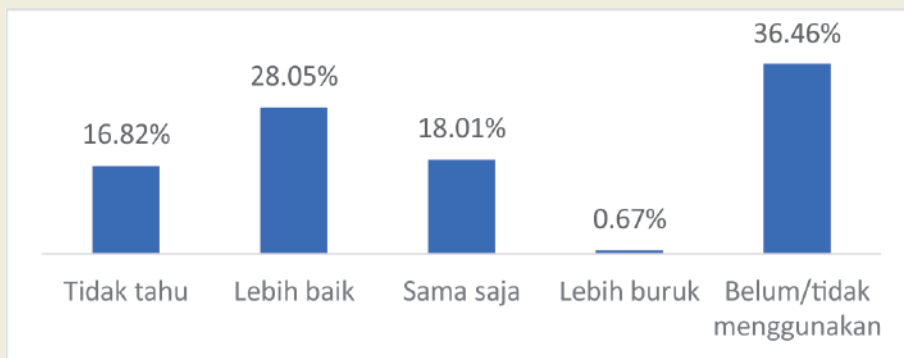


Sumber: olahan hasil penelitian

Dari 1.344 responden, sebanyak 47,32% pernah memanfaatkan pelayanan kegawatdaruratan, di mana 85,53% di antaranya menyatakan bahwa pelayanan di unit kegawatdaruratan diberikan dalam waktu kurang dari lima belas menit. Hal tersebut sesuai dengan prosedur pelayanan penanganan pasien gawat darurat. Sebanyak 94,34% responden yang pernah mengakses pelayanan kegawatdaruratan

menilai bahwa petugas IGD telah memberikan informasi yang bermanfaat dan sesuai dengan keperluan pasien. Penilaian reponden terhadap perbandingan pelayanan kegawatdaruratan saat menggunakan JKN dan sebelumnya menunjukkan bahwa pelayanan kegawatdaruratan dengan skema JKN lebih baik dari layanan sebelum menggunakan JKN.

Diagram 50 Perbandingan Penilaian Rumah Tangga terhadap Layanan Kegawatdaruratan saat Menggunakan JKN dengan Sebelumnya



Sumber: olahan hasil penelitian

Layanan Skrining Kesehatan dan Rehabilitasi

Hal yang menarik untuk dicermati adalah penggunaan JKN telah meningkatkan akses masyarakat terhadap penggunaan layanan skrining kesehatan. Data survey menunjukkan bahwa terdapat 65% responden yang telah menggunakan jenis layanan tersebut. Saat harus membandingkan dengan pelayanan yang dulu mereka terima sebelum JKN, responden menyatakan bahwa pelayanan skrining kesehatan JKN lebih baik dibandingkan layanan terdahulu (27,98%).

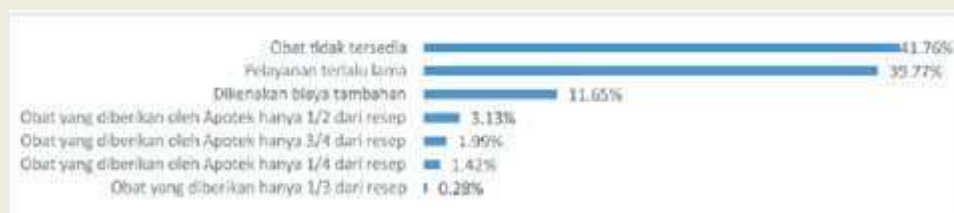
VIII.3. Layanan Obat dan Alat Kesehatan

Obat merupakan salah satu pendukung terpenting dalam pelayanan kesehatan. Untuk pelayanan Apotek di beberapa wilayah penelitian diakui sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan peserta JKN selama ini. Pelayanan di apotek tidak dibatasi, hanya saja penyerahan resep harus dilakukan secara cepat. Begitu mendapatkan resep dari poli harus langsung diserahkan ke apotek dan tidak boleh dibawa pulang. Apotek melayani pasien sampai batas jam kerja setiap harinya. Untuk pelayanan 24 jam di

IGD dimaksudkan untuk mempercepat layanan. Karena pasien semakin banyak maka perlu ada peningkatan dan perbaikan layanan dengan menambahkan pegawai sesuai dengan rasio kecukupan pelayanan. Apotek di rumah sakit umumnya dibagi dalam tiga kategori pelayanan yakni apotek untuk IGD, apotek pelayanan rawat inap dan apotek rawat jalan.

Terdapat 88% responden yang pernah menerima obat yang diresepkan oleh dokter menggunakan JKN. Dari seluruh responden yang menjawab pernah menerima obat, 80% di antaranya menyatakan bahwa mereka harus menunggu untuk mendapatkan obat yang diresepkan. Selain itu, terdapat 9% responden yang tidak mendapatkan penjelasan yang cukup mengenai obat yang mereka terima, baik dari dokter maupun tenaga farmasi di apotek.

Diagram 51 Permasalahan yang Dialami RT saat Mengakses Layanan Obat dengan JKN



Sumber: olahan hasil penelitian

Tantangannya yang sering obatnya ndak ada, karena obat setahun sekali penyetokannya. Kita buat anggarannya, jadi kan kalau udah abis ya tunggu anggaran baru. Upaya yang dilakukan apotik untuk mengatasi obat yang tidak tersedia adalah dengan meminjam obat dari tempat lain. Kadang ada juga kita untuk peminjaman, tapi setidaknya itulah yang sering kosong obat.”

(RSUD Mandau Kabupaten Bengkalis, 2016)

Terdapat 21% responden yang menyatakan bahwa mereka pernah mengalami masalah saat hendak menerima obat yang diresepkan. Diagram di atas mendeskripsikan permasalahan yang dialami rumah tangga saat mereka mengakses layanan obat dengan JKN. Keluhan yang paling sering dikemukakan dalam survey adalah obat yang tidak tersedia (41,76%), pelayanan yang terlalu lama (39,77%) dan dikenakannya biaya tambahan saat menebus obat yang diresepkan (11,65%). Persediaan obat dan pembebanan biaya tambahan dapat dicermati dari tren yang muncul bahwa kerap pasien tidak diberikan obat dengan lengkap sesuai kuantitas obat yang diresepkan. Survey menunjukkan proporsi responden yang menerima obat hanya $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{3}$ dan $\frac{1}{4}$ dari resep dokter.

Ketersediaan obat menjadi salah satu kewajiban BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan dan penyedia layanan kesehatan untuk memastikan manfaat JKN dapat diterima semaksimal mungkin oleh peserta JKN. Dari survei, terdapat temuan penting tentang ketidakterediaan obat yang mengakibatkan bertambahnya biaya yang dibebankan kepada pasien. Dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan No. 63 tahun 2014 mengenai Pengadaan Obat berdasarkan Katalog Elektronik, beberapa terobosan birokrasi dibuka untuk meningkatkan efisiensi. Katalog Elektronik (E-Catalogue) adalah sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis, dan harga barang tertentu dari berbagai Penyedia Barang/Jasa Pemerintah. Dengan menggunakan *e-catalog*, proses pengadaan barang tidak lagi melalui proses tender. Pemerintah hanya tinggal mencocokkan harga dan spesifikasi barang yang dibutuhkan berdasarkan data yang ada di *e-catalog*. Diperkirakan ada sekitar 50 persen anggaran pemerintah yang akan diserap melalui mekanisme ini. Sisanya, pengadaan barang akan dilakukan melalui proses tender (KOMPAS, 2015).

Pengaturan pengadaan obat berdasarkan Katalog Elektronik (E-Catalogue) bertujuan untuk menjamin transparansi/keterbukaan, efektifitas dan efisiensi proses pengadaan obat dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang hasilnya dapat dipertanggungjawabkan.

Dari segi ketersediaan obat, berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebagian FKTP dan FKTL merasa ketersediaan obat di tempat mereka sudah lengkap, karena bagian apotek membuat suatu perencanaan kebutuhan yang sesuai kebutuhan pasien selama 6 bulan ke depan, sehingga tidak sampai terjadi kekosongan obat. Perencanaan dibuat berdasarkan hasil evaluasi pemakaian sebelumnya dan juga sisa stok obat yang ada. Apotek memiliki tantangan dalam ketersediaan obat, karena ada jenis obat tertentu yang sering habis atau tersedia dalam jumlah terbatas, sehingga pasien tidak mendapatkan obat yang diresepkan. Pengajuan permintaan obat tertentu dilakukan dalam siklus tahunan, sehingga prediksi obat yang diperlukan dapat meleset dari kebutuhan pasien apalagi jika jumlah pasien bertambah. Solusi yang dilakukan adalah meminjam obat dari sumberdaya lain (anggaran rumah sakit/ dinas) agar pasien tetap dapat menerima obat yang diperlukan.

Kesulitan di atas terkait dengan Rencana Kebutuhan Obat. Menurut Marwata, KPK menduga banyak obat yang tidak disampaikan pada rencana kebutuhan obat (RKO). "Misalnya, pada saat lelang kebutuhan obat di e-katalog mencapai Rp5 juta.

Tapi, pada kenyataannya yang disediakan hanya Rp1 juta. Artinya, ada defisit obat Rp4 juta” (News, 2016)

Antrian obat yang cukup lama disebabkan karena jumlah pasien yang harus dilayani banyak tanpa didukung oleh jumlah apotek yang tersedia. Seperti yang terjadi di Duri Kabupaten Bengkalis dimana hanya terdapat satu apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Dampaknya, apotek mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Selain itu, ketika hanya ada satu apotek di satu wilayah mengakibatkan permasalahan lain. Jika apotek tutup atau jauh secara jarak, maka pasien akan menebus obat yang diresepkan di apotek lainnya dengan biaya sendiri. Maka diusulkan oleh FKTP agar obat dapat diambil/dititipkan ke FKTP untuk pasien tertentu sehingga dapat memudahkan secara akses dan tidak membebani secara transportasi. Obat akan diberikan oleh FKTP dengan jadwal tertentu sehingga pasien dapat berkumpul di FKTP untuk menerima obat yang diperlukan.

Grafik di atas memperlihatkan bahwa sebesar 70,54% responden merasa bahwa penyediaan obat berpengaruh terhadap kemudahan dalam mendapatkan layanan kesehatan. Dalam hal diagnosa obat yang dilakukan oleh dokter masih banyak yang tidak sesuai dengan standar pembiayaan BPJS sehingga pasien harus dibebankan dengan biaya pembelian obat yang lebih mahal. Di Kabupaten Bogor masih terdapat tenaga kesehatan yang memberi resep obat di luar daftar yang dibiayai oleh JKN atau terjadi ketiadaan obat di apotek rumah sakit sehingga keluarga pasien atau pasien harus mencari di apotek luar yang bekerja sama dengan BPJS (Apotek Kimia Farma) yang jumlahnya tidak terlalu banyak. Selain itu ketidaksabaran pasien dalam menunggu antrian obat sering kali juga membuat mereka menjadi terpaksa membeli obat di luar. Hal ini menjadi salah satu hal yang memberatkan pasien JKN terutama warga miskin karena harus ada biaya tambahan untuk mencari obat atau akhirnya malah harus membayar biaya obat merk lain yang tidak dijamin oleh skema JKN.

Masih adanya ketidakpahaman dokter terhadap pemberian obat dan ketersediaan obat yang terbatas

Wasting time karena untuk menyelesaikan berapa resep harus menelpon dokter. Ini PR besar untuk depkes dan BPJS sendiri. Jadi banyak pasien merasa menunggu terlalu lama dan berpikir itu tidak di-tanggung sehingga akhirnya mereka beli di luar. Kita tidak mengarahkan seperti itu, tapi orang luar melihatnya bahwa pihak rumah sakit yang sengaja menyuruh pasien untuk membeli obat di luar.

(TM, RS. Bhakti Yuda Depok, 2016)

menyebabkan sulitnya masyarakat terutama masyarakat miskin dalam menerima pelayanan kesehatan secara maksimal. Solusi yang dapat dilakukan adalah pemerintah maupun BPJS Kesehatan dapat lebih intensif dalam melakukan pembinaan pengadaan obat fornas (Formanium Nasional/ obat-obat yang di cover BPJS). Karena kenyataannya masih banyak rumah sakit yang belum paham mengenai mekanisme ini, sehingga kadang kebutuhan obat yang di jamin BPJS tidak bisa tersedia di rumah sakit.

Merujuk pada hasil survei, terdapat 9% responden yang menyatakan bahwa mereka memiliki kebutuhan akan alat kesehatan yang dapat menunjang aktivitas sehari-hari. Dari 9% kelompok responden tersebut, hanya 15% yang menerima bantuan alat kesehatan menggunakan JKN. Adapun alat kesehatan yang digunakan oleh responden adalah sebagai berikut.

Diagram 52 Jenis Alat Kesehatan yang Sedang Digunakan oleh RT



Sumber: olahan hasil penelitian

Menurut survei, keluhan yang paling sering diungkapkan oleh responden dalam mengakses layanan alat kesehatan menggunakan JKN adalah waktu tunggu yang terlalu lama, kekosongan stok alat kesehatan, pelayanan rumah sakit yang kurang memuaskan, dan sebagian kecil pernah mengalami penolakan serta menilai penjelasan dokter yang diberikan perihal alat kesehatan kurang baik.

Diagram 53 Keluhan RT saat Mengakses Layanan Alat Kesehatan Menggunakan JKN



Sumber: olahan hasil penelitian





Bab IX.

EKUITAS KESEHATAN

Konsep egalitarian menjadi dasar untuk mendefinisikan dan mengoperasionalkan ekuitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengukur efektivitas bantuan yang diterima oleh Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS Kesehatan. Konsep egalitarian di sini banyak dipengaruhi oleh pemikiran Amartya Sen dan Michel Foucault. Amartya Sen menawarkan perspektif teoritis yang berbeda tentang keadilan kesehatan dan kesetaraan kesehatan. Dia menafsirkannya sebagai fungsi dari kemampuan individu untuk memenuhi hak sosial, ekonomi, dan pengembangan budayanya. Konsep Sen dalam kesehatan merupakan interaksi timbal balik antara sarana dan tujuan, serta

faktor sosial lainnya dalam konteks pembangunan manusia. Hal itu berarti kesehatan adalah kemampuan yang memungkinkan penggunaan dan menikmati barang atau segala sesuatunya, dan termasuk secara umum sebagai kerangka redistribusi yang ditujukan sebagai kompensasi atau mengurangi kesenjangan sosial. Sen dalam setiap diskusi tentang ekuitas sosial dan keadilan menyatakan bahwa kesakitan-penyakit dan kesehatan harus menjadi pokok perhatian utama. Hal ini benar adanya bahwa bukan hanya karena karakter sosial dalam kesehatan dan peran sentral dari ekuitas kesehatan dalam keadilan secara umum dalam pengaturan sosial—tetapi juga karena “ekuitas kesehatan tidak dapat hanya memperhatikan aspek kesehatan, yang dilihat secara terpisah melainkan juga harus masuk untuk mengatasi masalah yang lebih besar dari keadilan dan kesetaraan dalam pengaturan sosial, termasuk alokasi ekonomi, memberikan perhatian yang tepat untuk peran kesehatan dalam kehidupan dan kebebasan manusia. Dengan demikian dapat dipahami bahwa ekuitas kesehatan bukan hanya tentang distribusi kesehatan, bahkan harus dapat menjawab bagaimana layanan kesehatan pribadi dialokasikan. Sebaliknya, ekuitas kesehatan harus dilihat dari sudut pandang multidimensi, konsepsi yang mana membantu kita untuk memahami keadilan sosial.

Dalam pemikiran postmodern, poststrukturalis Michel Foucault memahami bahwa prinsip-prinsip yang mengatur distribusi pelayanan dan perawatan kesehatan dalam masyarakat (populasi) dihasilkan dari pemaksaan dan generalisasi dari konsep keadilan tertentu oleh kelompok-kelompok dominan dan pembenaran. Prinsip-prinsip ini bukan hasil dari konsensus yang didasari pada konsepsi sosial universal atau perspektif moral yang berlaku. Foucault melihat cara kerja pelayanan kesehatan sebagai konsekuensi dari kemenangan kekuatan terorganisasi secara strategis yang memiliki posisi di domain pengetahuan dan teknologi. Kekuatan ini menetapkan, memilih atau untuk mendukung salah satu pembenaran atas yang lainnya yang menentang kepentingan mereka.

Konsep egalitarian Sen dan Foucault menjadi dasar untuk mengukur efektivitas penerima bantuan PBI BPJS Kesehatan. Untuk memenuhi kebutuhan praktis dalam penelitian ini diperlukan konsep ekuitas kesehatan yang dapat dioperasionalkan. Hal itu dapat dipenuhi dengan mengacu kepada konsep yang dikemukakan oleh Margaret Whitehead (1985) bahwa ekuitas kesehatan berkaitan dengan menciptakan kesempatan yang sama untuk mengakses kesehatan dan menurunkan perbedaan kesehatan sampai ke tingkat terendah. Whitehead menegaskan bahwa ekuitas dalam pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai akses yang sama ke perawatan yang

tersedia untuk kebutuhan yang sama, pemanfaatan yang sama untuk kebutuhan yang sama, dan kualitas perawatan yang sama untuk semua. Oleh karena itu, variabel ekuitas layanan kesehatan dalam penelitian ini terdiri atas beberapa dimensi, yaitu sebagai berikut.

Tabel 16 Dimensi Penelitian

No.	Dimensi yang diteliti	Subdimensi yang diteliti
1	Akses terhadap Layanan Kesehatan	Hak yang Sama terhadap Layanan Kesehatan Distribusi Layanan Kesehatan yang Adil
2	Pemanfaatan terhadap Layanan Kesehatan	Fasilitas Jenis Layanan
3	Kualitas Layanan Kesehatan	Penerimaan layanan Penolakan atau Diskriminasi Pasien

Sumber: Olahan data kuantitatif

Tabel 17 Hasil Pengujian Model Kebijakan

Jenis	Indeks Kesesuaian	Nilai	Keterangan
Ekuitas Kesehatan	RMSEA	0.138	Model Mendekati fit
Akses Layanan	RMSEA	0.220	Model Mendekati fit
Pemanfaatan Layanan	RMSEA	0.245	Model Mendekati fit
Fasilitas Layanan	RMSEA	0.000	Model Fit
Jenis Layanan	RMSEA	0.304	Model Mendekati fit
Kualitas Layanan	RMSEA	0.000	Model Fit
Penerimaan Layanan	RMSEA	0.000	Model Fit

Hasil yang didapat menunjukkan bahwa secara statistik output pengujian kesesuaian model menunjukkan bahwa model mendekati *Good Fit*, hal tersebut ditunjukkan oleh nilai indeks kesesuaian model dengan menggunakan *RMSEA* mendekati 0,08 yang menunjukkan bahwa model pengukuran mendekati *Good Fit* dan jika $RMSEA < 0,08$ yang menurut Brown dan Cudeck dalam Bachrudin

(2002) bahwa apabila kriteria uji statistik ini terpenuhi, menunjukkan bahwa model pengukuran *Good Fit*. Hal ini mengindikasikan bahwa kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional yang berlaku di Indonesia dan bantuan iuran yang disediakan oleh pemerintah untuk kelompok miskin dan hampir miskin merupakan model kebijakan yang sesuai untuk menjawab persoalan ekuitas kesehatan.

Tabel 18 Hasil uji Stuctural Equation Model dan Confirmatory Factor Analysis

Dimensi	Rerata Persentase Real Sampel		Hipotesis Rerata Persentase (μ_0)	Keputusan	Cut Off
	Rerata	Sim-pangan Baku			
Akses Layanan	63.44	10.46	64.0	Signifikan	60.00
			64.5	Tidak Signifikan	Efektif
Pemanfaatan Layanan	64.65	9.07	64.5	Signifikan	60.00
			65.0	Signifikan	Efektif
Fasilitas Layanan	59.46	10.86	60.0	Signifikan	60.00
			60.5	Tidak Signifikan	Efektif
Jenis Layanan	66.07	12.60	66.5	Signifikan	60.00
			67.0	Tidak Signifikan	Efektif
Kualitas Layanan	60.21	7.17	60.5	Signifikan	60.00
			61.0	Tidak Signifikan	Efektif
Penerimaan Layanan	58.64	9.36	59.0	Signifikan	70.00
			59.5	Tidak Signifikan	Tidak Efektif
Diskriminasi Positif	64.94	23.57	65.5	Signifikan	60.00
			66.0	Signifikan	Efektif

Dari hasil uji *Structural Equation Model* dan *Confirmatory Factor Analysis*, ditemukan bahwa kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, khususnya dengan penyediaan bantuan iuran terhadap kelompok miskin dan hampir miskin dinilai efektif terhadap ekuitas kesehatan pengguna layanan kesehatan.

Tabel 19 Ekuitas Kesehatan

Variabel	Urutan faktor utama yang mempengaruhi kemudahan rumah tangga mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan
Ekuitas Kesehatan	Dimensi kualitas pelayanan
	Dimensi pemanfaatan pelayanan
	Dimensi akses layanan

Dengan merujuk pada perhitungan statistik, ditemukan bahwa perbaikan utama yang perlu dilakukan oleh penyelenggara JKN dan penyedia layanan kesehatan adalah pada dimensi kualitas pelayanan, diikuti dengan pemanfaatan pelayanan dan akses terhadap layanan. Pada dimensi penerimaan layanan, kebijakan JKN dinilai masih tidak efektif. Penerimaan layanan adalah bagian dari indikator kualitas pelayanan. Dari seluruh dimensi yang diukur, ada beberapa titik perbaikan yang dapat dijadikan prioritas dalam penguatan kebijakan dan implementasi dari pelaksanaan kebijakan JKN, sebagai berikut:

Tabel 20 Kualitas Layanan

Dimensi	Urutan faktor utama yang mempengaruhi kemudahan rumah tangga mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan
Kualitas Layanan	Ketidaknyamanan di ruang tunggu, pemeriksaan dan/atau pelayanan
	Kesulitan yang dihadapi di tingkat FKTP
	Kelengkapan fasilitas kesehatan sesuai jenis kebutuhan penyakit yang diderita
	Diskriminasi positif bagi lansia, wanita hamil, disabilitas dan kondisi tertentu lainnya

Prioritas utama peningkatan kualitas indikator yang harus dilakukan adalah dengan meningkatkan kualitas dari indikator yang memiliki rerata *factor loading* yang paling besar, yaitu ketidaknyamanan di ruang tunggu yang dirasakan oleh rumah tangga (RT) yang terdiri dari masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia, sebab indikator ini merupakan faktor dimensi kualitas paling dominan, dengan kata lain jika waktu dan biaya yang dimiliki pemerintah untuk memperbaiki kualitas dimensi kualitas terbatas, maka pemerintah dapat mendahulukan perbaikan dari aspek ketidaknyamanan di ruang tunggu. Selain itu, perbaikan perlu dilakukan untuk mengurangi kesulitan yang dihadapi oleh pengguna layanan di tingkat FKTP.

Tabel 21 Pemanfaatan Layanan

Dimensi Pemanfaatan Layanan	Urutan faktor utama yang mempengaruhi kemudahan rumah tangga mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan
Fasilitas Layanan	Permasalahan rujukan yang dihadapi pengguna layanan JKN
	Keterbatasan jam layanan kesehatan di FKTP/RS
	Kepesertaan dalam JKN
Jenis Layanan	Kelengkapan obat yang diresepkan
	Layanan kegawatdaruratan yang dijamin JKN
	Alat kesehatan yang dijamin JKN
	Penyediaan obat yang diresepkan
	Layanan rawat inap yang dijamin JKN
	Layanan skrining yang dijamin JKN
	Prosedur administrasi yang berbelit-belit
	Layanan rawat jalan yang dijamin JKN
	Layanan program keluarga berencana yang disediakan JKN
	Layanan imunisasi yang dijamin JKN
Layanan kebidanan yang dijamin JKN	

Responden menilai bahwa dalam pemanfaatan layanan kesehatan, secara umum apa yang disediakan dalam skema JKN telah memudahkan mereka mendapatkan layanan yang diperlukan. Hal yang perlu menjadi prioritas dalam perbaikan adalah permasalahan rujukan dan keterbatasan jam layanan baik di FKTP maupun RS. Pada dimensi jenis layanan, perbaikan dapat dilakukan dalam memastikan kelengkapan obat, layanan kegawatdaruratan, penyediaan alat kesehatan dan obat.

Tabel 22 Akses Layanan

Dimensi	Urutan faktor utama yang mempengaruhi kemudahan rumah tangga mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan
Akses Layanan	Biaya transportasi ke RS
	Jarak FKTP dan RS
	Waktu tempuh FKTP dan RS
	Biaya transportasi ke FKTP
	Keterampilan komunikasi tenaga kesehatan
	Ketersediaan tenaga kesehatan

Responden merasa bahwa dimensi Akses layanan kesehatan yang ada masih cukup memadai, meskipun kurang dari segi jarak tempuh, waktu tempuh, biaya transportasi rumah tangga untuk dapat mengakses layanan kesehatan FKTP dan Rumah Sakit (RS) terdekat dari tempat tinggal mereka, akan tetapi dari segi kemampuan komunikasi maupun ketersediaan tenaga kesehatan dirasakan cukup memadai.

Tabel 23 Ekuitas Setiap Daerah Penelitian

	Ekuitas Kesehatan	Akses	Pemanfaatan Layanan Kesehatan	Fasilitas Kesehatan	Jenis Layanan Kesehatan	Kualitas Pelayanan	Penerimaan Layanan
Kabupaten Karo	Merah	Merah	Hijau	Merah	Hijau	Merah	Merah
Kabupaten Bengkalis	Hijau	Hijau	Hijau	Hijau	Hijau	Hijau	Hijau
Kota Bandar Lampung	Hijau	Hijau	Hijau	Hijau	Hijau	Merah	Hijau
Kabupaten Bogor	Merah	Hijau	Merah	Hijau	Merah	Hijau	Hijau
Kota Jakarta Selatan	Hijau	Merah	Hijau	Merah	Hijau	Merah	Merah
Kota Depok	Merah	Hijau	Merah	Hijau	Merah	Hijau	Hijau
Kabupaten Semarang	Merah	Merah	Merah	Merah	Merah	Merah	Merah
Kota Surabaya	Merah	Merah	Hijau	Merah	Hijau	Hijau	Merah
Kota Manado	Merah	Merah	Merah	Merah	Merah	Merah	Merah
Kab. Polewali Mandar	Hijau	Hijau	Hijau	Merah	Hijau	Hijau	Hijau
Kab. Lombok Timur	Merah	Hijau	Merah	Hijau	Merah	Hijau	Hijau

Keterangan: Merah (di bawah rerata nasional), Hijau (di atas rerata nasional)

Sumber: olahan hasil penelitian (SEM dan CFA)

Diagram di atas menjelaskan raport implementasi JKN di wilayah penelitian. Dapat dicermati bahwa Kabupaten Bengkalis keluar sebagai wilayah penelitian yang memiliki

nilai ekuitas di atas rerata nasional dengan 100% komponen dimensi pengukuran berada di atas rerata nasional. Kota Bandar Lampung juga memiliki nilai ekuitas di atas rerata nasional dengan catatan perlunya perbaikan kualitas pelayanan. Kabupaten Polewali Mandar juga serupa dengan catatan perbaikan fasilitas kesehatan. Kota Jakarta Selatan menunjukkan pencapaian nilai ekuitas di atas rerata nasional dengan catatan perbaikan pada akses, fasilitas dan penerimaan layanan kesehatan. Kabupaten Bogor, Kota Depok, Kota Surabaya dan Kabupaten Lombok Timur memiliki pencapaian nilai ekuitas di bawah rerata nasional dengan catatan perbaikan di beberapa dimensi/sub-dimensi. Khususnya pada Kabupaten Semarang dan Kota Manado perlu melakukan perbaikan di semua dimensi pengukuran variabel ekuitas dengan rerata 100% berada di bawah rerata nasional.





Bab X.

OUT OF POCKET

Out of pocket dipahami bahwa jika orang miskin - bukan karena kesalahan mereka sendiri - dipaksa untuk menghabiskan sejumlah besar pendapatannya yang terbatas untuk membiayai perawatan kesehatan sehingga mereka mungkin saja berakhir dengan tidak memiliki sumber daya yang memadai untuk memberi makan dan tempat tinggal

(O'Donnell, et al., 2008).

Diagram 54 Jenis Biaya Tambahan berdasarkan Layanan Kesehatan



Sumber: olahan hasil penelitian

Berdasarkan data di atas, terlihat bahwa biaya tambahan yang paling besar pada saat mengakses layanan kesehatan yakni pada pengeluaran untuk obat yang dikemukakan oleh 75,16% responden. Sebanyak 5,16% responden mengeluarkan biaya tambahan untuk pelayanan darah, 4,84% untuk rawat inap, dan sebaran berbagai jenis pengeluaran lainnya yang harus dikeluarkan oleh responden adalah untuk transportasi misalnya biaya transportasi ke FKTP maupun ke FKTL. Berikut adalah rentang biaya yang dikeluarkan oleh responden.

Diagram 55 Biaya Transportasi yang Dikeluarkan untuk Mengakses FKTP (Kiri) dan FKTL (Kanan)



Sumber: olahan hasil penelitian

Pada data survey, diketahui bahwa lebih dari separuh responden (51,19%) menyatakan biaya tambahan untuk transportasi ke FKTP di bawah Rp. 5.000, sebanyak 46,58% responden mengeluarkan biaya tambahan antara Rp. 5.000 – 35.000. Sedangkan pengeluaran tambahan untuk transportasi ke FKTL menghabiskan

142

Kami pernah menginap semalam di RS Pekan Baru karena harus cek darah, IKG, ECO dan lainnya. Di Bengkalis pelayanan men-gecek keenceran darah tidak lengkap. Transportasinya dibantu tetangga kami yang kerja di perusahaan migas, kami dibelikan tiket pesawat, bayar rental mobil bantuan dari bos, sewa mobil keluar lagi 250 ribu, bensin juga segitu. Udah bulanan ga ada gajinya, cuma pekerja lepas sebagai buruh, tapi tiap hari ada pengeluaran.

(Sawan, Bengkalis)

kurang dari Rp. 10.000,- (47,32%). Sebanyak 48,44% mengeluarkan biaya tambahan sebesar Rp. 10.000 – 170.000.

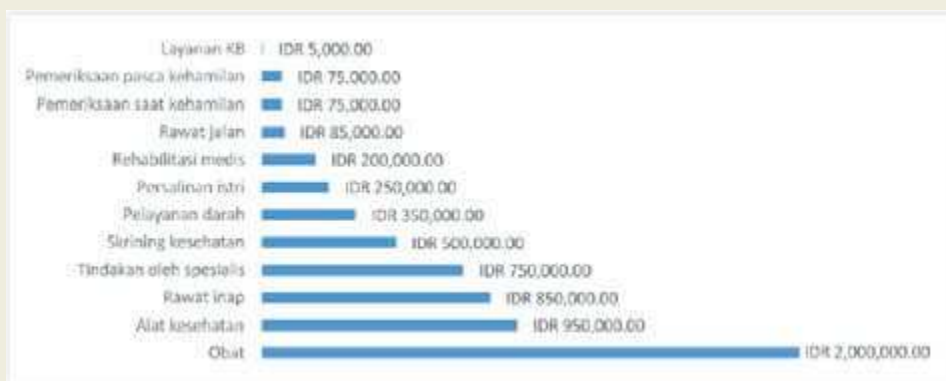
Tabel 24 Tabel Biaya Transportasi untuk Mencapai FKTP dan FKTL per 1 x Perjalanan

Fasilitas	Biaya Minimum (rp)	Biaya Maksimum (rp)	Biaya Rata-Rata (rp)	Biaya Tengah (rp)
FKTP	0	150.000	7.820	5.000
FKTL	0	800.000	36.023	13,000

Sumber: olahan hasil penelitian

Diketahui bahwa rata-rata biaya transportasi untuk mencapai FKTP adalah Rp 7.820,-, sementara biaya untuk mencapai FKTL lebih tinggi, dengan rata-rata sebesar Rp 36.023,-.

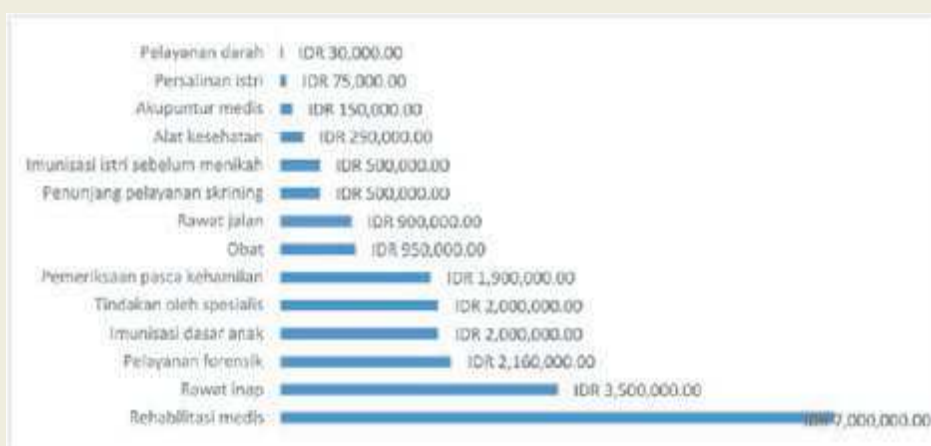
Diagram 56 Jenis Pengeluaran yang Dibuat dalam OOP pada Tingkat FKTP



Sumber: olahan hasil penelitian

Pada layanan di FKTP, biaya tertinggi yang ditemui dalam penelitian ini adalah untuk membeli obat. Responden menjawab bahwa pengeluaran tertinggi yang pernah dilakukan dari kantong pribadi pasien di FKTP untuk obat mencapai Rp 2.000.000,-. Setelah obat, biaya tinggi lain yang dijumpai adalah untuk membeli alat kesehatan, rawat inap dan membayarkan tindakan bedah ataupun non beda oleh spesialis. Hal tersebut dapat dicermati dalam grafik di atas. Dari seluruh responden, dinyatakan bahwa mereka tidak mengalami pembebanan biaya tambahan untuk jenis pelayanan akupuntur medis, jenazah, forensik, imunisasi istri sebelum menikah, skrining dan imunisasi dasar untuk anak.

Diagram 57 Jenis Pengeluaran yang Dibuat dalam OOP pada Tingkat Layanan Tingkat Lanjut



Sumber: olahan hasil penelitian

Data yang disajikan pada pelayanan tindak lanjut berbeda. Biaya tertinggi yang dialami oleh responden mencapai Rp 7.000.000,- untuk pelayanan rehabilitasi medis. Nilai biaya yang tinggi dapat juga ditemui untuk pelayanan rawat inap, forensik, tindakan bedah ataupun non bedah oleh spesialis, imunisasi dasar bagi anak, dan pemeriksaan pasca kehamilan. Biaya yang tidak sedikit tersebut berpotensi sangat tinggi untuk mengguncang kondisi ekonomi rumah tangga. Diketahui dari responden, bahwa untuk pelayanan jenazah, pemeriksaan saat kehamilan, skrining kesehatan dan layanan KB, mereka tidak mengalami penambahan biaya yang harus ditanggung secara pribadi.

Pada pelayanan tindak lanjut, pengeluaran untuk obat masih dinilai tinggi dan membebani pasien. Ketersediaan dan konsistensi apotek dalam menyediakan obat yang dijamin dalam skema JKN ditemukan mengalami banyak kendala, seperti yang dibahas dalam sub-bab sebelumnya. Hal ini dapat menjadi prioritas bagi pembenahan tata kelola dan pelayanan JKN. Praktek yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan saat pasien memerlukan jenis obat yang tidak dijamin dalam skema JKN adalah tetap memberikan resep kepada pasien untuk menebus obat tersebut dengan biaya pribadi. Baik tenaga kesehatan maupun pihak farmasi yang diwawancarai menyatakan bahwa pada saat terdapat biaya tambahan, mereka memberikan penjelasan tersebut kepada pasien sesuai prosedur yang ada.

Selain itu, jumlah hari rawat inap yang dapat dimanfaatkan oleh pasien dibatasi sesuai peraturan yang berlaku. Hal ini secara otomatis memberatkan pasien. Ada kasus

dimana pasien memutuskan untuk menghentikan rawat inap dan pulang meskipun belum pulih total. Pada kasus lainnya, dijumpai juga pasien keluar dari rumah sakit untuk beberapa hari dan kembali lagi untuk rawat inap. Pada kasus ini, pasien berpotensi mengeluarkan biaya tambahan transportasi untuk pulang pergi rumah sakit.

Kita pake ojek saja 5 ribu. Senang kita naik ojek 5 ribu langsung ke alamat. Tapi coba bayangkan tidak kerja 3 hari... berapa gaji orang satu hari, ya kalo orang dihitung per hari. Belum biaya makan kita anak-anak semua itu berapa orang dihitung per hari. Belum biaya makan anak-anak.

(Nazarudin, PBI Bengkalis)

Diagram 58 Upaya Rumah Tangga saat Kesulitan Membayar Biaya Tambahan



Sumber: Olahan hasil penelitian

Sebanyak 17% responden merasa kesulitan membayar biaya-biaya tambahan pada saat mengakses layanan kesehatan baik di FKTP maupun FKTL. Dari diagram di atas, terlihat bahwa sebanyak 50,5% responden berhutang kepada tetangga, kerabat ataupun orang lain. Sebanyak 18,0% memakai tabungan keluarga, sebanyak 12,5% mencari sumbangan, sebanyak 14,19% meminta keringanan dari FKTP ataupun FKTL tempat mereka mengakses layanan. Sebagian kecil menutup biaya tersebut dengan cara menggunakan bantuan pemerintah lainnya yang diterima keluarga, seperti dana PKH, BOS dan lainnya. Hal ini sangat disayangkan karena menjadi indikasi penerimaan bantuan tersebut digunakan secara tidak efektif oleh rumah tangga saat dihadapkan pada kondisi lain yang lebih mendesak. Secara makro, hal ini akan berdampak pada pencapaian nasional pada program lain yang tengah digalakkan dalam bantuan tersebut. Data lain yang cukup memprihatinkan adalah responden memilih untuk tidak membeli obat atau alat kesehatan yang diperlukan untuk proses pemulihan kesehatan pasien (2%).

Diagram 59 Jenis Aset yang Dijual

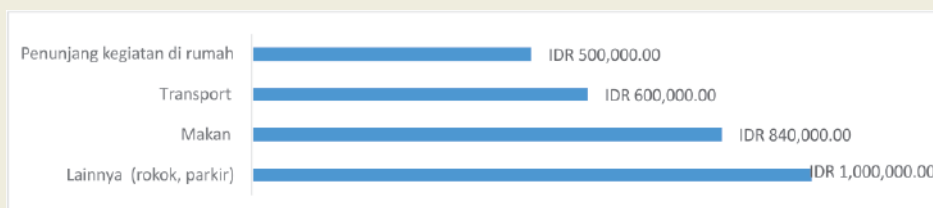


Sumber: olahan hasil penelitian

Saat responden menjual aset yang dimilikinya untuk menutup biaya *out of pocket*, bentuk aset yang dijual adalah perhiasan (35,3%), elektronik (23,5%), tanah, lahan dan bangunan (17,6%), hewan ternak (11,8%) dan peralatan usaha serta kendaraan bermotor (masing-masing 5,9%).

Ada 63,1% responden yang menyatakan bahwa pasien ditemani oleh keluarga saat mengakses layanan kesehatan di rumah sakit. Temuan tersebut konsisten karena pengeluaran yang dibayarkan oleh rumah tangga di rumah sakit dihabiskan untuk transportasi, makan dan hal lainnya. Data yang menggelitik adalah fakta dimana responden menjawab biaya lainnya yang merupakan biaya tertinggi di rumah sakit diluar kebutuhan langsung terhadap biaya kesehatan dihabiskan salah satunya untuk rokok. Biaya tertinggi yang diakui oleh responden untuk biaya tersebut dapat mencapai Rp 1.000.000,- per harinya. Selain itu, saat pasien ditemani oleh keluarga di rumah sakit, ada biaya tambahan yang harus dikeluarkan untuk menunjang kegiatan di rumah dan hal tersebut dinyatakan oleh responden paling tinggi menyerap Rp 500.000,- Biaya tersebut bermanfaat untuk membayarkan jasa penjagaan anak, menitipkan rumah pada kerabat atau tetangga.

Diagram 60 Jenis Biaya (Non-Kesehatan) Perhari yang Dikeluarkan di Rumah Sakit



Sumber: Olahan data kuantitatif.

BPJS Kesehatan Jakarta Selatan menangkap persoalan tersebut. Mereka mengungkapkan bahwa pada umumnya masyarakat miskin yang sudah memiliki kartu BPJS tetap tidak mau berobat atau menjalani rawat inap. Alasannya, para peserta PBI ini masih harus memikirkan mengenai biaya makan bagi keluarga yang menunggu dan biaya transportasi bolak-balik ke rumah sakit. Mereka juga memikirkan mengenai pekerjaan. Jika harus menjaga anggota keluarga yang sakit ke rumah sakit maka mereka harus meninggalkan pekerjaan. Hal itu tentu berdampak mengurangi penghasilan mereka. Hingga saat ini, Pemerintah Kota Jakarta Selatan masih belum dapat mengakomodasi biaya lain di luar biaya kesehatan. Pihak Dinas Kesehatan Lombok Timur menyatakan biaya operasionalisasi itu menjadi masalah

bagi masyarakat yang tinggal di tempat yang jauh. Dinas Kesehatan Kabupaten Polewali Mandar turut menegaskan bahwa pengeluaran di luar biaya pelayanan kesehatan lebih banyak untuk makan, transportasi serta kebutuhan-kebutuhan lain selama keluarga pasien menunggu di fasilitas kesehatan.

Hal yang serupa terjadi di Surabaya dan Bandar Lampung bahwa masyarakat miskin memiliki KIS tetapi untuk berangkat ke rumah sakit masih menghitung biaya untuk ambulans dan *living cost* di sekitar rumah sakit. Mereka terpaksa menghemat uang belanja hanya untuk mengatasi beban keluarga dan memenuhi keinginan anggota keluarga yang sakit untuk menikmati makanan ringan yang dapat meningkatkan nafsu makannya. Salah satu keluarga pasien di Bandar Lampung mengakui bahwa biaya transportasi sangat memberatkan mereka karena sifatnya yang mendadak dan urgensi. Berdasarkan kenyataan tersebut, peserta BPJS sangat mengharapkan skema JKN dapat membiayai *out of pocket* seperti yang telah dijelaskan di atas.

Analisis SEM terhadap variabel *out of pocket*

Tabel 25 Analisis Deskriptif Terhadap Variabel Out of Pocket

Out Of Pocket	F	%
Menyulitkan	967	71.9
Cukup menyulitkan	212	15.8
Tidak menyulitkan	165	12.3
Total	1344	100.0

Sumber: olahan hasil penelitian

Hasil analisis menunjukkan bahwa hampir seluruh responden merupakan para rumah tangga yang merasa Variabel Out of Pocket Layanan Kesehatan berada pada kategori menyulitkan, terlihat dari tabel tersebut sebanyak 967 responden (71,9%) memiliki skor penilaian *Variabel Out of Pocket* yang berada pada kategori *menyulitkan*. Dengan kata lain, masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia merasa bahwa *Variabel Out of Pocket* layanan kesehatan yang ada menyulitkan untuk mereka, dari segi pengaruh pembebanan biaya tambahan terhadap kemudahan untuk mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan.

Oleh karena itu, untuk menyajikan pengujian secara menyeluruh terhadap efektivitas kebijakan bantuan JKN untuk masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia agar dapat merasakan *Out of Pocket* layanan kesehatan pada aspek *Variabel*

Out of Pocket, dilakukan pengujian statistik Uji 1 rata-rata agar dapat diketahui apakah skor total *Variabel Out of Pocket* Layanan Kesehatan telah mencapai nilai minimal yang ditetapkan sebagai standar layanan (*Cut Off*) sehingga masuk ke dalam kategori efektif.

Tabel 26 Analisis Inferensial Uji 1 Rerata Terhadap Variabel Out of Pocket

Variabel	Rerata Persentase Real Sampel		Hipotesis Rerata Persentase (μ_0)	Keputusan	Cut Off
	Rerata	Simpangan Baku			
<i>Out of Pocket</i>	45.54	20.56	46.5	Signifikan	60.00
			47.0	Tidak Signifikan	Tidak Efektif

Sumber: olahan hasil penelitian

Dari tabel tersebut terlihat bahwa rerata skor total Variabel Out of Pocket secara real dari 1344 responden yang diteliti hanya mencapai nilai rerata sebesar 45.54 dengan simpangan baku (penyimpangan rerata skor setiap responden terhadap rata-rata) sebesar 20.56 maka skor total dugaan terhadap populasi atau hipotesis rerata (μ_0) ternyata signifikan di angka 46.50 adapun di atas itu, misal di angka 47 diketahui tidak signifikan. Dengan signifikan di angka 46.50 berarti dapat disimpulkan bahwa “pada populasi rumah tangga (RT) yang terdiri atas masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia, skor total Variabel Out of Pocket layanan kesehatan signifikan di angka 46.50 yang berarti program bantuan JKN **tidak efektif** memengaruhi Out of Pocket layanan kesehatan (< **60.00**)”.

Tabel 27 Analisis SEM untuk Model Persamaan Pengaruh Variabel Ekuitas

Pengaruh Variabel Ekuitas terhadap		Uji Statistik		
Notasi	Dimensi	Nilai Pengaruh	t hitung	Keterangan
Y	<i>Out of Pocket</i>	0.73	45.97	Pengaruh signifikan

Sumber: olahan hasil penelitian

Dari tabel tersebut terlihat bahwa Variabel laten Ekuitas Layanan Kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap Out of Pocket, hal ini disebabkan nilai

signifikansi faktor loading lambda yang disebut $t_{hitung} > T_{tabel (0,05;1343)} = 1,962$ sehingga dalam uji hipotesisnya diambil keputusan H_0 ditolak yang berarti Variabel laten Ekuitas Layanan Kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap Out of Pocket. Hal ini berarti, program bantuan JKN untuk masyarakat miskin dan hampir miskin tidak efektif untuk menghilangkan *out of pocket* yang harus dikeluarkan oleh masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan yang ekuitas. Dengan kata lain, semakin baik layanan kesehatan yang dirasakan oleh masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia, semakin tinggi juga *out of pocket* yang harus mereka keluarkan.


Tabel 28 Dukungan Pemerintah untuk Biaya Out Of Pocket

No	Wilayah	Dukungan yang diberikan
1	Kabupaten Bengkalis	Penyediaan ambulans untuk layanan transportasi dari FKTP ke fasilitas kesehatan rujukan. Ambulans disediakan oleh pemerintah daerah sesuai dengan janji politik Bupati Bengkalis.
2	Kota Jakarta	<p>Penyediaan ambulans untuk kasus gawat darurat.</p> <p>Obat yang tidak ditanggung dalam skema JKN akan ditanggung oleh APBD DKI Jakarta, contohnya seperti obat untuk penyakit HIV/AIDS. Kebijakan ini diatur dalam Peraturan Gubernur No. 123.</p> <p>Program KPLDH dilakukan sebagai upaya promotif dan pencegahan, dengan mengadakan kunjungan dokter dan tenaga kesehatan lainnya ke masyarakat.</p>
3	Kabupaten Lombok Timur	<p>Penyediaan ambulans desa sebanyak 200 unit. Anggaran kesehatan diwajibkan menjadi komponen dalam anggaran dana desa.</p> <p>Biaya persalinan disediakan untuk ibu hamil untuk menutup pengeluaran transportasi, makan-minum melalui jaminan persalinan.</p> <p>Setiap Puskesmas di Lombok Timur dilengkapi dengan rumah singgah. Pemerintah juga menanggung konsumsi saat keluarga pasien tinggal di rumah singgah.</p> <p>Saat ada ketidakmampuan untuk menanggung biaya kesehatan tambahan, pasien dapat memohon bantuan ke BAZDA.</p>
4	Kabupaten Semarang	Penyediaan ambulans desa dalam program desa siaga.

5	Kabupaten Karo	Perbaiki infrastruktur jalan di desa agar menurunkan biaya transportasi. Program bantuan sosial untuk menutup biaya yang tidak mampu dibayarkan oleh pasien.
6	Kabupaten Bogor	Program menggunakan kendaraan siap siaga untuk mengantar pasien yang tidak mampu dari rumah/FKTP ke rumah sakit. Ada 434 kendaraan, meskipun bukan ambulans. Penyediaan rumah singgah, khususnya untuk persalinan, sebagai upaya menekan angka kematian ibu.
7	Kota Bandar Lampung	Menyediakan insentif tambahan kepada dokter yang mau tinggal di Puskesmas sehingga pasien tidak perlu dirujuk ke Rumah Sakit. Penyediaan ambulans. Penyediaan anggaran tunjangan duka cita saat ada kematian dari keluarga miskin.
8	Kabupaten Polewali Mandar	Program pemberian uang transportasi, penginapan dan konsumsi bagi keluarga pasien.
9	Kota Depok	Tersedia Dewan Kesejahteraan Rakyat, yang bertugas membantu pasien yang hampir miskin di Depok untuk mengakses layanan kesehatan.

Sumber: olahan hasil penelitian





Bab XI.

MORAL HAZARD DAN FRAUD

Tidak sedikit instansi pemerintah yang menyatakan dalam wawancara bahwa *out of pocket* merupakan beban yang besar, khususnya bagi kelompok miskin dan hampir miskin. Beberapa analisa menunjukkan bahwa pembiayaan yang keluar dari kantong pribadi pasien dan keluarganya dapat dilihat sebagai indikator dari potensi *moral hazard* dan *fraud* yang ada dalam pelaksanaan pelayanan JKN.

Penyelenggaraan program JKN tidak bebas dari praktik-praktik menyimpang. Baik dari sisi penyelenggara, penyedia dan penerima manfaat melakukan tindak-tanduk yang berpotensi

masuk dalam kategori *moral hazard* dan *fraud*. *Moral hazard* terjadi saat terjadinya distribusi informasi yang asimetris sehingga mengakibatkan penyampaian informasi, penegakan kebijakan dan praktik yang berlaku tidak sesuai dengan hak dan kewajiban para pihak. Potensi moral hazard dapat dipahami perilaku tidak jujur dalam memberikan informasi kepada pihak lain yang membuat kontrak kerjasama untuk memenuhi keinginannya (Dowd, 2008).

Informan menyatakan bahwa potensi moral hazard terbesar dibuat oleh pemerintah. Hal itu terjadi dalam penentuan tarif layanan kesehatan di rumah sakit. Informan memberikan contoh sebagai berikut.

“Kita dapat melihat pada perbedaan harga paket pelayanan kesehatan yang sama di rumah sakit swasta tipe C dan rumah sakit negeri tipe A. Paket pelayanan kesehatan di rumah sakit swasta tipe C selalu lebih murah (contoh: cuci darah sebesar Rp800.000), sedangkan di rumah sakit negeri tarifnya lebih tinggi (contoh: cuci darah sebesar 2,1 juta rupiah). Padahal konsep pembayaran INA-CBGs seharusnya mengikuti mekanisme pasar, dimana pemberi pelayanan lebih bagus akan mendapatkan harga yang lebih tinggi. Bukan penentuan sepihak dari pemerintah.” (Prof Hasbullah, 2016)

Penyebab utama yang menjadi justifikasi terjadinya penyelewengan di pihak penyedia layanan adalah rendahnya nilai manfaat yang diterima secara ekonomis dalam skema INA-CBGs khususnya bagi fasilitas kesehatan layanan tindak lanjut. Informan menyatakan bahwa moral hazard di fasilitas kesehatan terdiri atas dua bentuk, yaitu korupsi yang disebut *greedy* atau rakus dan korupsi yang disebut *white corruption*. Keduanya disebut sebagai *induced moral hazard*. Praktik tersebut banyak terjadi di fasilitas kesehatan milik swasta yang bekerja sama dengan BPJS, sebagaimana diungkapkan informan berikut.

“Rumah sakit swasta dibayar dan juga dipaksain misalnya cuci darah 800 ribu, cuma 40%, ya jelas dia harus paksa-paksa dong. Akhirnya pasien dibilang nggak, ya tidak ada tempat pun sebetulnya itu suatu akal-akalan, *moral hazard*. Karena yang kalau kasusnya berat oh nggak ada tempat, penuh. Kalau yang biayanya ringan yang bisa menguntungkan oh ya silakan. Tapi ini kan sistem yang meng-*induce*.” (Prof Hasbullah, 2016)

Praktik tersebut tentu tidak hanya terjadi fasilitas kesehatan milik swasta yang bekerja sama dengan BPJS, tetapi juga terjadi di fasilitas kesehatan milik pemerintah. Kenyataan itu dijelaskan informan berikut.

“Karena sistemnya kayak tadi, rumah sakit swasta dibayar jauh lebih kecil. Begitu ada pasien datang maka rumah sakit swasta mesti ngakalin dong, kalau nggak dia rugi. Begitu dia ngakalin saja sedikit dia bilang *moral hazard*, padahal *moral hazard* yang terbesar datang dari pemerintah waktu penetapan tarifnya. Untuk kepentingan dia sendiri, dia bikin gede rumah sakit miliknya. Dan itu rumah sakit tipe-tipe A....” (Prof Hasbullah, 2016)

Begitu pula tenaga kesehatan, dimana mereka melakukan *moral hazard* karena terpaksa dengan kondisi yang ada. Kepala Klinik Manding Polewali menegaskan bahwa *moral hazard* yang terjadi dalam skema klaim perawatan ke BPJS Kesehatan karena kecilnya biaya kapitasi dan nonkapitasi. “... kenakalan rawat inap lima jadi enam.... Pengendali biaya itu harus pintar... moral hazard di rumah sakit... peluangnya di situ yang bikin jebol...” (Tri Lisjtiowati, 2016). Kerangka *moral hazard* dapat berkembang menjadi “perilaku tidak bermoral” sehingga memanfaatkan ketidaktahuan pasien. (Harian Seputar Indonesia, Rabu 10 Juni 2009).

Pada sisi penerima manfaat, merekapun tidak luput dari tindakan *moral hazard*, misalnya dengan memanfaatkan polis asuransi swasta untuk melakukan *double claim*. “...mereka bisa diuangkan. Jadi misalnya dia punya BPJS dan asuransi swasta ada 3 maka bisa diklaim.” (dr Robi, 2016). Potensi *moral hazard* penerima manfaat juga terjadi saat mereka pergi ke FKTP atau klinik hanya untuk mendapatkan surat rujukan ke FKTL. Selain itu, mereka menyalahgunakan kartu kepesertaan BPJS.

“... potensi *fraud* dari sisi peserta yakni penyalahgunaan kartu karena kan kartu JKN tidak ada fotonya sehingga rentan digunakan oleh orang lain, kita juga tidak mempersyaratkan itu. Upaya yang kita lakukan yakni ketika mereka mendaftar si fasilitas kesehatan melakukan *cross check sampling* seperti menanyakan identitas lainnya untuk mencocokkan datanya.” (dr Heni, 2016)

Adapun *fraud* atau kecurangan dalam pelayanan kesehatan dapat dipahami sebagai bentuk upaya yang secara sengaja dilakukan dengan menciptakan suatu manfaat yang tidak seharusnya dinikmati baik oleh individu atau institusi dan dapat

merugikan pihak lain. Permenkes 36 Tahun 2014 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) menyatakan bahwa *fraud* adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan.

Dalam konteks penyelenggaraan JKN, *fraud* terjadi dalam penggunaan dana kapitasi. Skema JKN membuka peluang pemerintah daerah melakukan *fraud*. Salah satu kasus terjadi di Kabupaten Subang di mana dana kapitasi ditahan oleh Pemda dan dipotong sebesar 10 miliar oleh bupati. Hal itu tentu membuat aliran dana kapitasi tersendat sehingga berimbas pada pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Di samping itu, penyedia layanan tidak luput dari potensi *fraud*. Mereka melakukan tindakan medis yang manipulatif sebagaimana terjadi di tingkatan rumah sakit baik yang dilakukan petugas rumah sakit maupun dokter. Pihak administrasi rumah sakit membuat kesalahan dalam pengkodean klaim rumah sakit baik yang dilakukan secara sengaja maupun tidak sengaja berdasarkan INA-CBGs. Pihak BPJS pusat juga menemukan bahwa para dokter kadang-kadang kurang jujur dalam melakukan diagnosa.

“...biasanya di rumah sakit, dia menambahkan diagnosa. Sekarang dokter sudah pintar, misalnya diagnosa *typus* dibayarkan BPJS 3 juta tapi kalau *typus* tambah anemia menjadi 4 juta. Atau tagihan yang dipisah untuk pasien rawat jalan. Seperti dia periksa lab dan disuruh datang besok lagi untuk periksanya sehingga dia bisa datang ke rumah sakit 3 kali. Rumah sakit berharap akan dibayar juga 3 kali. Padahal itu satu rangkaian dan bisa selesai satu hari seperti periksa darah atau rontgen selama-lamanya paling 2 jam. Atau dirawat inap, pasiennya disuruh pulang dulu nanti masuk lagi atau nakalnya dia secara berkas dia pulang dan besoknya masuk lagi padahal pasiennya masih di situ tapi secara tagihan dibagi dua.” (dr Heni, 2016).

Para bidan juga kadang melakukan manipulasi data sebagaimana yang terjadi di Bengkulu, “ada manipulasi data persalinan. Dia mengklaim persalinan, ternyata dia udah operasi di rumah sakit dengan waktu yang sama.” (Laili, 2016) Kenyataan itu dipertegas oleh pihak BPJS pusat bahwa bidan yang bermitra dengan BPJS kadang-kadang menagihkan tindakan kepada pasien yang sama sebanyak beberapa kali. “... kalau di persalinan yang dilakukan di bidan, dia suka nakal di tagihan yang

ditagihkan beberapa kali...”(dr Heni, 2016) Potensi *fraud* yang terjadi di tingkat FKTP juga biasa dilakukan pada pasien rawat inap dengan menambahkan jumlah hari perawatan pasien.

“... kalau oleh fasilitas kesehatan di FKTP untuk rawat inap, yakni dengan menambah jumlah hari rawat karena kan kalau rawat inap di FKTP kita bayar per hari 120 ribu. Begitu harinya ditambah maka fasilitas kesehatan menerima tambahan uang. Jadi kita berupaya melakukan *cross check* tempat atau kita telepon ke peserta.” (dr Heni, 2016)

Bentuk lain potensi *fraud* yang dilakukan penyedia layanan kesehatan adalah tidak menjalankan fungsinya atau tidak memberikan pelayanan sesuai dengan perjanjian dengan BPJS. Hal itu diungkapkan oleh pihak klinik RHC di Jakarta Selatan.

“... ada FKTP yang katanya buka 24 jam tapi ternyata tidak buka 24 jam. Terus obat suka gak ada, gigi bahkan tidak ada dokternya. Lab kadang ada kadang tidak. Nah yang seperti itu kadang jumlah pesertanya luar biasa banyak dan fantastis bahkan di atas 15.000 yang terdaftar. Kita juga menyesalkan, karena kasian masyarakatnya sehingga BPJS juga harus turun melihat masing-masing klinik yang sudah jadi mitranya apakah sesuai dengan perjanjian yang mereka buat.” (dr Hodi, 2016)

Hal yang lebih memprihatinkan adalah para peserta (pasien) menggunakan kartu orang lain untuk berobat. Hal itu dapat ditemukan di beberapa fasilitas kesehatan, ketika memeriksa rekam medisnya ditemukan adanya perbedaan hasil. Hal itu perlu dikendalikan seperti menggunakan foto diri pada kartu BPJS, menanyakan nama keluarga untuk memverifikasi kartunya, dan meminta identitas tambahan. BPJS juga perlu menempatkan satu orang di rumah sakit dari bagian kendali mutu dan biaya yang berada di bawah bagian pelayanan dan rujukan BPJS kesehatan. Selain itu, BPJS harus memaksimalkan forum anti *fraud* yang diketuai oleh Dinas Kesehatan dan unit investigasi khusus di setiap kantor regional. Forum ini dapat melakukan survei dan supervisi ke Rumah Sakit. Cara lain untuk mengatasi atau mencegah terjadinya *fraud* di tingkat fasilitas kesehatan adalah menempatkan tim kendali mutu kendali biaya di semua kantor BPJS dan juga dewan pertimbangan medis.

Berdasarkan temuan tersebut dapat disimpulkan bahwa penyimpangan atau potensi *fraud* atau *moral hazard* dapat terjadi di tingkatan manapun. Hal itu menunjukkan bahwa perilaku tersebut tidak terlepas dari keinginan mereka untuk

memanfaatkan peluang yang dapat menguntungkan. Perilaku tersebut tentu dapat merugikan pihak lain dan merusak sistem yang ada. Oleh karena itu, BPJS harus memaksimalkan seluruh perangkat yang telah dibentuk dan juga terus membarui sistemnya. Secara ringkas, potensi moral hazard dan fraud dalam penyelenggaraan JKN dapat dilihat pada tabel berikut.

Adalah hal yang sangat penting untuk memahami hak dan kewajiban peserta JKN agar dapat menghindari terjadinya bentuk-bentuk penyelewengan akibat informasi yang asimetris, moral hazard ataupun fraud. Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan, setiap peserta BPJS memiliki hak dan kewajiban sebagai peserta BPJS Kesehatan, berikut hak dan kewajiban peserta :

Bagan 10 Hak dan Kewajiban Peserta JKN

Hak	<ul style="list-style-type: none">• Mendapatkan kartu peserta sebagai identitas peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.• Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.• Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja dengan BPJS Kesehatan.• Menyampaikan keluhan / pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis kepada BPJS Kesehatan.
Kewajiban peserta	<ul style="list-style-type: none">• Mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai peserta BPJS Kesehatan.• Membayar iuran.• Memberikan data dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar.• Melaporkan perubahan data dirinya dan anggota keluarganya.• Menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.• Menaatii semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.
Kewajiban pemberi kerja	<ul style="list-style-type: none">• Mendaftarkan dirinya & pekerjanya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.• Menghitung & memungut iuran yang menjadi kewajiban peserta dari pekerjanya melalui pemotongan gaji pekerja.• Membayar dan menyetorkan iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS Kesehatan.• Memberikan data mengenai dirinya, pekerjanya & anggota keluarganya secara lengkap & benar.• Data pekerja beserta anggota keluarganya yang didaftarkan sesuai dengan data pekerja yang dipekerjakan.• Data upah yang dilaporkan sesuai dengan upah yang diterima pekerja.• Data kepesertaan dalam program jaminan sosial sesuai dengan pentahapan kepesertaan.• Perubahan data badan usaha atau badan hukumnya.

Sumber : BPJS.go.id

Bagan 11 Pemetaan Moral Hazard dan Fraud berdasarkan Temuan

Moral Hazard dan Fraud	Penyebab Moral Hazard	Meningkatkan profit
	Contoh Moral Hazard	Rendahnya biaya INA-CBGs dan Dana Kapitasi
	Jenis Fraud	Perbedaan harga pelayanan kesehatan
	Solusi	Membebankan pasien dan BPJS
		Korupsi dana kapitasi Laporan medis yang manipulatif Pelayanan BPJS tidak sesuai haknya Penggunaan kartu BPJS orang lain Penyalahgunaan kartu kepesertaan Double Claim
		Akurasi data Sistem pemutakhiran data secara online Forum anti-fraud dan unit investigasi Tim kendali mutu dan biaya Dewan pertimbangan medis Penguatan peran DJSN

Sumber: olahan hasil penelitian


Ketentuan mengenai pengawasan, monitoring, dan evaluasi JKN diatur dalam UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 7 ayat 4, Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013 Pasal 43 ayat (1d) dan (2) yang menjelaskan bahwa monitoring dan evaluasi penyelenggaraan JKN adalah tanggung jawab Menteri Kesehatan dan wewenang Dewan Jaminan Sosial Nasional. Menteri Kesehatan bertanggung jawab melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan JKN sebagai bagian dari penyelenggaraan sistem kendali mutu dan kendali biaya JKN. Dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi JKN, Menteri Kesehatan berkoordinasi dengan DJSN.

Dalam hal pengembangan program JKN dan kepesertaan secara menyeluruh merupakan kewenangan monitoring dan evaluasi dari DJSN. Sehat atau tidaknya keuangan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan oleh BPJS Kesehatan merupakan kewenangan OJK. Dari sisi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan merupakan kewenangan Kementerian Kesehatan. Dalam hal evaluasi status kesehatan, kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, perlindungan sosial dan fiskal dari

penyelenggaraan JKN merupakan kewenangan Bappenas. Kewenangan tersebut telah diatur dalam peraturan Menteri Kesehatan nomer 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional BAB VII terkait Monitoring, Evaluasi dan Penanganan Keluhan.

Secara teknis proses pengawasan dan evaluasi dilakukan oleh DJSN melalui kunjungan langsung dan pemeriksaan laporan bulanan yang diberikan oleh BPJS. Dalam pelaksanaannya, pengawasan dan evaluasi penyelenggaraan JKN dilakukan pula oleh internal BPJS yang bertugas melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengurusan BPJS oleh direksi dan memberikan nasihat kepada direksi dalam penyelenggaraan program Jaminan Sosial. BPJS sendiri diawasi langsung dan berkewajiban memberikan laporan kepada dewan pengawas. Mekanisme pemantauan yang dilakukan terkait dengan pelaksanaan JKN ini diakui dapat dilakukan oleh semua pihak termasuk masyarakat sendiri.





Bab XII.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Penelitian ini memiliki beberapa tujuan, yaitu; (1) **menguji apakah model kebijakan bantuan iuran dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat menunjang ekuitas kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia;** (2) **mendeskripsikan efektivitas bantuan iuran dalam mengurangi pengeluaran *out of pocket* dari pasien dan keluarganya saat mengalami sakit; dan (3) mendeskripsikan faktor-faktor yang turut mempengaruhi implementasi kebijakan bantuan iuran bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia.**

1. Model kebijakan bantuan iuran dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat menunjang ekuitas kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia

Variabel ekuitas layanan kesehatan dalam penelitian ini terdiri atas beberapa dimensi, yaitu (1) akses terhadap layanan kesehatan, yang terdiri dari subdimensi hak yang sama terhadap layanan kesehatan dan distribusi layanan kesehatan yang adil, (2) pemanfaatan terhadap layanan kesehatan, terdiri dari subdimensi fasilitas dan jenis layanan, (3) kualitas layanan kesehatan, terdiri dari subdimensi penerimaan layanan dan diskriminasi pasien. Pengukuran ekuitas dilakukan dengan menggunakan analisis *Structural Equation Model* (SEM) dan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA).

Berdasarkan perhitungan statistik diketahui bahwa kebijakan bantuan iuran dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dinilai dapat menunjang ekuitas kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia. Hal tersebut dapat dilihat di beberapa wilayah yang menjadi lokasi penelitian, Kabupaten Bengkalis memiliki nilai ekuitas di atas rerata nasional yakni dengan 100% komponen dimensi pengukuran berada di atas rerata nasional. Kota Bandar Lampung juga memiliki nilai ekuitas di atas rerata nasional dengan catatan perlunya perbaikan kualitas pelayanan. Kabupaten Polewali Mandar juga serupa dengan catatan perbaikan fasilitas kesehatan. Kota Jakarta Selatan menunjukkan pencapaian nilai ekuitas di atas rerata nasional dengan catatan perbaikan pada akses, fasilitas dan penerimaan layanan kesehatan. Kabupaten Bogor, Kota Depok, Kota Surabaya dan Kabupaten Lombok Timur memiliki pencapaian nilai ekuitas di bawah rerata nasional dengan catatan perbaikan di beberapa dimensi/sub-dimensi. Khususnya pada Kabupaten Semarang dan Kota Manado perlu melakukan perbaikan di semua dimensi pengukuran variabel ekuitas dengan rerata 100% berada di bawah rerata nasional.

Prioritas perbaikan yang dapat dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan ekuitas kesehatan bagi seluruh masyarakat adalah:

Tabel 29 Prioritas Perbaikan berdasarkan Urutan Faktor Utama yang Mempengaruhi Kemudahan RT

Dimensi	Prioritas Perbaikan
Kualitas pelayanan	Ketidaknyamanan di ruang tunggu, pemeriksaan dan/atau pelayanan
	Kesulitan yang dihadapi di tingkat FKTP
	Kelengkapan fasilitas kesehatan sesuai jenis kebutuhan penyakit yang diderita
	Diskriminasi positif bagi lansia, wanita hamil, disabilitas dan kondisi tertentu lainnya
Fasilitas layanan	Permasalahan rujukan yang dihadapi pengguna layanan JKN
	Keterbatasan jam layanan kesehatan di FKTP/RS
	Kepesertaan dalam JKN
Jenis layanan	Kelengkapan obat yang diresepkan
	Layanan kegawatdaruratan yang dijamin JKN
	Alat kesehatan yang dijamin JKN
	Penyediaan obat yang diresepkan
	Layanan rawat inap yang dijamin JKN
	Layanan skrining yang dijamin JKN
	Prosedur administrasi yang berbelit-belit
	Layanan rawat jalan yang dijamin JKN
	Layanan program keluarga berencana yang disediakan JKN
	Layanan imunisasi yang dijamin JKN
Layanan kebidanan yang dijamin JKN	
Akses Layanan	Biaya transportasi ke RS
	Jarak FKTP dan RS
	Waktu tempuh FKTP dan RS
	Biaya transportasi ke FKTP
	Keterampilan komunikasi tenaga kesehatan
	Ketersediaan tenaga kesehatan

Sumber: olahan hasil penelitian

Dari seluruh dimensi yang diukur, ada beberapa titik perbaikan yang dapat dijadikan prioritas dalam penguatan kebijakan dan implementasi dari pelaksanaan kebijakan JKN. Prioritas utama yang harus dilakukan adalah dengan meningkatkan kualitas dari indikator yang memiliki *factor loading* yang paling besar, misalnya mengatasi ketidaknyamanan di ruang tunggu yang dirasakan oleh rumah tangga

(RT), sebab indikator ini merupakan faktor dimensi kualitas paling dominan, dengan kata lain jika waktu dan biaya yang dimiliki pemerintah untuk memperbaiki kualitas dimensi kualitas terbatas, maka pemerintah dapat mendahulukan perbaikan dari aspek ketidaknyamanan di ruang tunggu. Selain itu, perbaikan perlu dilakukan untuk mengurangi kesulitan yang dihadapi oleh pengguna layanan di tingkat FKTP.

Responden menilai bahwa dalam pemanfaatan layanan kesehatan secara umum yang disediakan dalam skema JKN telah memudahkan mereka mendapatkan layanan yang diperlukan. Hal yang perlu menjadi prioritas dalam perbaikan adalah permasalahan rujukan dan keterbatasan jam layanan baik di FKTP maupun RS. Pada dimensi jenis layanan, perbaikan dapat dilakukan dalam memastikan kelengkapan obat, layanan kegawatdaruratan, penyediaan alat kesehatan dan obat. Untuk dimensi akses layanan kesehatan dinilai masih cukup memadai, meskipun kurang dari segi jarak tempuh, waktu tempuh, biaya transportasi rumah tangga untuk dapat mengakses layanan kesehatan FKTP dan FKTL terdekat dari tempat tinggal mereka, sedangkan dari segi kemampuan komunikasi maupun ketersediaan tenaga kesehatan dirasakan sudah cukup memadai.

JKN sebagai sebuah model kebijakan telah diuji mampu meningkatkan ekuitas kesehatan penerima bantuan iuran yang merupakan kelompok masyarakat miskin di Indonesia. Dengan demikian, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial harus tetap menjaga konsistensi kebijakan dan sumberdaya untuk menunjang program bantuan iuran untuk kelompok miskin di Indonesia, sesuai dengan Peta Jalan Jaminan Kesehatan.

2. Efektivitas bantuan iuran dalam mengurangi pengeluaran *out of pocket* dari pasien dan keluarganya saat mengalami sakit

Rata-rata biaya yang dikeluarkan per 1 x perjalanan untuk mencapai FKTP adalah Rp 7.820,- dan untuk mencapai FKTL adalah Rp 36.023,- Jenis pengeluaran yang paling tinggi adalah untuk obat. Data menunjukkan bahwa terdapat 63,1% rumah tangga yang ditemani oleh keluarga/kerabatnya saat harus menjalani pengobatan di FKTL. Hal ini menegaskan bahwa biaya transportasi yang dikeluarkan oleh rumah tangga hanya untuk jenis pengeluaran transportasi dapat menghabiskan setidaknya 4 kali dari rata-rata biaya transportasi per harinya. Jenis pengeluaran tertinggi di tingkat FKTP mencapai Rp 2.000.000,- untuk pembelian obat, sedangkan pada pelayanan di jenjang FKTL, angka tertinggi yang ditemukan dalam penelitian adalah Rp 7.000.000,- untuk rehabilitasi medis. Secara kontras, pengeluaran harian yang bersifat non-kesehatan saat mengakses layanan di rumah sakit dapat mencapai Rp 1.000.000,-

Upaya yang dilakukan oleh rumah tangga untuk menutup biaya pengeluaran dari saku pribadi adalah dengan berhutang (50,5%), memakai tabungan keluarga (18%) dan mencari sumbangan (12,5%). Sebagian kecil menutup biaya tersebut dengan cara menggunakan bantuan pemerintah lainnya yang diterima keluarga, seperti dana PKH, BOS dan lainnya. Hal ini sangat disayangkan karena menjadi indikasi penerimaan bantuan tersebut digunakan secara tidak efektif oleh rumah tangga saat dihadapkan pada kondisi lain yang lebih mendesak. Secara makro, hal ini akan berdampak pada pencapaian nasional pada program lain yang tengah digalakkan dalam bantuan tersebut. Data lain yang cukup memprihatinkan adalah responden memilih untuk tidak membeli obat atau alat kesehatan yang diperlukan untuk proses pemulihan kesehatan pasien (2%). Saat responden menjual aset yang dimilikinya untuk menutup biaya *out of pocket*, bentuk aset yang dijual adalah perhiasan (35,3%), elektronik (23,5%), tanah, lahan dan bangunan (17,6%), hewan ternak (11,8%) dan peralatan usaha serta kendaraan bermotor (masing-masing 5,9%).

Dalam uji SEM dan CFA, ditemukan bahwa program bantuan iuran tidak efektif mempengaruhi *out of pocket* layanan kesehatan. Secara tegas, hal ini menjelaskan bahwa bagi kelompok miskin yang hendak memiliki pelayanan kesehatan yang berkualitas, mereka harus merogoh kantong lebih dalam untuk mengisi pembiayaan yang tidak ditanggung dalam JKN. Sebagai kelompok rentan, kesulitan yang dihadapi dalam menutup biaya *out of pocket* dapat memposisikan penerima bantuan iuran pada tingkat risiko yang lebih besar. Dalam konteks kesehatan, telah dibuktikan oleh data, bahwa pada kondisi ekonomi yang lebih sulit, pilihan untuk tidak berobat atau mengakses layanan diambil oleh rumah tangga karena tidak mampu memenuhi biaya *out of pocket*, meskipun mereka dapat memanfaatkan JKN.

Prioritas perbaikan dalam mengatasi permasalahan konkret terkait *out of pocket*, harus menjadi agenda utama Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah untuk memastikan bahwa ekuitas kesehatan diwujudkan bagi seluruh masyarakat Indonesia. JKN sebagai sebuah model kebijakan telah terbukti berpengaruh signifikan dalam meningkatkan ekuitas kesehatan. Namun, Cakupan Kesehatan Semesta (*Universal Healthcare Coverage*) merupakan sebuah komitmen yang menuntut terwujudnya ekuitas kesehatan tanpa menyebabkan kesulitan keuangan akibat kewajiban untuk membayar pelayanan kesehatan tersebut. Artinya, secara langsung JKN harus mampu memetakan permasalahan yang menjadi halangan dalam mencapai Cakupan Kesehatan Semesta. Penelitian ini telah memaparkan

bahwa *Out of Pocket* adalah sebuah permasalahan konkret yang belum dapat dijawab dengan model kebijakan yang ada saat ini.

Beberapa inisiatif yang telah dilakukan oleh pemerintah daerah/desa untuk berkontribusi dalam mengatasi permasalahan *out of pocket* masih bersifat acak dan sporadis, sesuai dengan kapasitas dan perencanaan lokal yang ada di daerah tersebut. Penelitian menemukan bahwa inisiatif tersebut cenderung masih terpusat pada penyediaan sarana transportasi ambulans dan sinergitas dari manfaat yang diterima dari Jaminan Kesehatan Masyarakat/Daerah (Jamkesmas/Jamkesda) yang masih berlaku. Hasil kesepakatan para pembuat kebijakan dalam Peta Jalan Jaminan Kesehatan 2012-2019, seluruh program Jamkesda diminta untuk berintegrasi dengan Jaminan Kesehatan Nasional selambat-lambatnya tiga tahun sejak program JKN dilaksanakan. Integrasi Jamkesda ke JKN mewajibkan pemerintah daerah mendaftarkan peserta Jamkesda-nya ke dalam program JKN melalui BPJS Kesehatan. Artinya, perencanaan tersebut harus mampu mendudukkan adanya kekosongan pelayanan terkait dengan asistensi yang mampu mengatasi persoalan *out of pocket*. Kolaborasi pemerintah pusat dengan daerah untuk meningkatkan ruang fiskal melalui sumberdaya anggaran negara dan daerah menjadi mutlak harus dikoordinasikan dan diemban bersama.

3. Faktor-faktor yang turut mempengaruhi implementasi kebijakan bantuan iuran bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia.

A. Kerjasama antar Pihak

Dalam menjawab persoalan kesehatan di Indonesia, kerjasama antara pusat dan daerah mutlak diperlukan. Program JKN yang terlaksana saat ini diakui oleh pembuat kebijakan, penyedia layanan kesehatan, pemerintah pusat dan daerah sebagai sebuah ruang perbaikan yang dapat mengikis dinamika teknokratis yang kental di pemerintahan, meluruskan relasi antar tenaga kesehatan dan meningkatkan solidaritas masyarakat Indonesia.

1. Antara Kementerian/Lembaga

Koordinasi antar K/L, yakni Kementerian Koordinasi Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS dan Kementerian Keuangan perlu ditingkatkan untuk mensukseskan Jaminan Kesehatan Nasional. Koordinasi ini harus meletakkan program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai program bersama yang mengedepankan peningkatan kualitas, pemanfaatan, jenis dan akses terhadap

layanan. Masing-masing tanggung jawab, baik yang berkontribusi langsung maupun tidak langsung, terhadap pelaksanaan JKN harus dilaksanakan dengan membawa semangat sinergitas di antara K/L sehingga dapat mengejawantahkan JKN sebagai komitmen konstitusional. Kementerian Kesehatan perlu meningkatkan kapasitas tenaga dan fasilitas kesehatan untuk dapat menjawab kebutuhan pelayanan kesehatan secara merata di seluruh Indonesia. Kementerian Sosial perlu berkolaborasi dengan Badan Pusat Statistik untuk meningkatkan kualitas dan akurasi data terkait dengan data penerima bantuan iuran. Dalam konteks ini, adalah mutlak untuk dengan segera menggunakan inovasi teknologi informasi sebagai sebuah terobosan untuk efisiensi dan efektivitas kinerja lintas sektoral dan geografi. BPJS Kesehatan perlu meningkatkan sosialisasi dan penyebaran informasi secara efektif kepada (a) lembaga pemerintah lainnya, khususnya di tingkat daerah, (b) penyedia layanan kesehatan, khususnya FKTP, FKTL dan farmasi, (c) industri dan pengusaha, (e) masyarakat secara luas. Penelitian bahkan masih menemukan inkonsistensi informasi dari pegawai di setiap kantor cabang BPJS Kesehatan di daerah.

2. Antara pusat dan daerah

Beberapa daerah sudah menerapkan kombinasi program yang saling melengkapi program pusat dengan daerah. APBN menanggung bantuan iuran yang diberikan kepada kelompok miskin. Saat daerah menilai asistensi yang diberikan pusat masih belum memadai, maka APBD digunakan oleh pemerintah daerah untuk melengkapi program JKN dengan jaminan kesehatan daerah. Pelaksanaan bentuk jaminan kesehatan yang disediakan pemerintah daerah diatur dalam peraturan daerah atau peraturan gubernur/bupati di wilayah yang dikelola.

3. Antara penyedia layanan kesehatan

JKN menyebabkan terjadinya upaya pemerataan sumberdaya fasilitas dan tenaga kesehatan. Secara tidak langsung, program JKN membuka sekat antara struktur hegemoni tenaga kesehatan yang dahulu memberikan ketimpangan antara spesialis dengan dokter umum; antara rumah sakit pemerintah dengan rumah sakit swasta dan antara puskesmas dengan klinik swasta. Di sisi lain, terdapat tuntutan yang lebih besar untuk memastikan bahwa FKTP/FKTL pemerintah dapat meningkatkan pelayanan dan kenyamanan bagi pengguna layanan kesehatan, dan FKTP/FKTL swasta agar dapat menginternalisasikan prinsip-prinsip JKN dalam praktik pelayanan, khususnya agar lebih inklusif.

4. Antar warga masyarakat

Warga negara diajak untuk berpartisipasi untuk mengiur premi kesehatan secara regular. Prinsip gotong royong diterapkan untuk menanggung belanja kesehatan yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan yang diakses pada satu waktu tertentu. Tantangan pada level ini masing sangat tinggi, karena kurangnya sosialisasi mengenai program JKN yang konsisten dan berulang. Hal ini berakibat pada rendahnya kesadaran masyarakat dalam peran dan pengaruh yang ia miliki terhadap perbaikan layanan kesehatan.

B. Pemantauan dan Evaluasi JKN secara Berkala

DJSN, BPJS Kesehatan, BAPPENAS dan Kementerian Keuangan perlu melakukan upaya secara holistik untuk menguatkan pemantauan dan evaluasi JKN secara berkala, baik dengan audit keuangan, inspeksi/kunjungan ke FKTP, FKTL dan farmasi, pengembangan *grievance mechanism*, pemberian sanksi dan penegakan hukum. Prioritas penguatan lembaga DJSN untuk melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap kinerja BPJS Kesehatan dan penyedia layanan kesehatan harus diutamakan sebagai perpanjangan pemerintah dalam memastikan JKN dilaksanakan sesuai tujuannya. DJSN yang memiliki kapasitas, sumberdaya dan kewenangan merupakan sebuah kepentingan bersama dalam mengukur capaian dari program JKN.

Laporan pertanggungjawaban keuangan dan program harus dapat diakses secara publik karena sumberdaya dan pembiayaan BPJS Kesehatan bersumber dari anggaran negara, daerah dan kontribusi masyarakat secara langsung. Dengan demikian, sekuran-kurangnya LAKIP dan laporan audit keuangan harus dipublikasikan secara umum melalui media nasional.

C. Potensi dan Risiko dari *Moral Hazard* dan *Fraud*

Penelitian menunjukkan bahwa *moral hazard* dan *fraud* masih terjadi dan berpotensi terus terjadi dengan lingkungan kebijakan yang ada saat ini. Hasil temuan menunjukkan bahwa penyebabnya adalah keinginan untuk meningkatkan profit/keuntungan dan nilai keekonomian dari INA-CBGs dan dana kapitasi dalam skema JKN. Meskipun penelitian tidak secara khusus mengukur signifikansi dan pengaruh dari komponen biaya INA-CBGs dan dana kapitasi terhadap peningkatan *moral hazard* dan *fraud*, namun diketahui bahwa ada potensi bagi penyedia layanan maupun peserta JKN dan pemangku kepentingan terkait untuk (a) memberikan informasi yang asimetris/tidak benar sehingga terjadi kesalahan, inefisiensi dan ketidakefektifan dalam pelaksanaan JKN, (b) tidak mematuhi peraturan dan prosedur yang ada, dan (c) menyalahgunakan kewenangannya untuk kepentingan pribadi/perusahaan.

Hal ini perlu diperbaiki dengan meningkatkan akurasi data melalui pengembangan sistem pemutakhiran data yang terintegrasi dan lintas sektor dan lintas geografi. Selain itu, menjadi sangat penting untuk membangun forum *anti-fraud* berbasis lokal di tingkat penyedia layanan maupun di tingkat komunitas sehingga mampu memperkuat pemantauan dan evaluasi. Forum ini perlu membangun relasi yang kuat dengan DJSN. BPJS Kesehatan juga perlu menguatkan tim kendali mutu dan biaya di tingkat FKTP, FKTL dan farmasi. Kajian lebih lanjut terkait dengan keekonomian INA-CBGs dan dana kapitasi perlu diteruskan untuk perbaikan dan peningkatan kualitas layanan kesehatan dalam skema JKN.

D. Kolektabilitas

Pemerintah perlu lebih agresif menyasar kelompok penerima upah, khususnya pekerja formal untuk berkontribusi dan mewujudkan prinsip gotong royong dalam pelaksanaan JKN. Dengan proporsi pendapatan yang paling tinggi justru datang dari pembiayaan program penerima bantuan iuran, prinsip gotong royong dinilai timpang dan tidak serius. Komitmen kelompok pengusaha dan pekerja untuk menjadi peserta JKN harus ditegakkan. Pembatasan upah yang dikenakan iuran JKN juga perlu dikaji ulang, agar terjadi kontribusi sosial ekonomi yang lebih progresif dan proporsional sesuai dengan kemampuan ekonomi dari masing-masing peserta JKN. Adalah tidak adil, jika kelompok masyarakat yang berpendapatan tinggi diberikan kewajiban yang sama dengan pekerja berpendapatan Rp 8.000.000,-. Peraturan ini menunjukkan bahwa ketimpangan yang ada di Indonesia dipelihara oleh sistem kebijakan dan lingkungan kebijakan yang ada.

Terkait dengan kelompok peserta mandiri kelas III, BPJS Kesehatan perlu memprioritaskan kemudahan dalam mekanisme pembayaran iuran secara berkala. Kebijakan *virtual account* untuk satu keluarga telah dikeluhkan dan menjadi hambatan besar untuk meningkatkan kolektabilitas iuran dari kelompok bukan penerima upah. Khususnya, pada kelompok pekerja informal yang menilai pembayaran iuran untuk satu keluarga sangat memberatkan.

BPJS Kesehatan perlu meningkatkan kinerja dan profesionalitas sebagai penyelenggara jaminan kesehatan, mekanisme penagihan, pemanfaatan layanan kesehatan dan pelaporan secara transparan dan akuntabel dari pihak BPJS Kesehatan ke peserta JKN harus dikuatkan untuk meningkatkan kepercayaan, kolektabilitas iuran dan memudahkan peserta JKN untuk turut memantau kontribusi yang diberikan kepada negara dan masyarakat lainnya.



Daftar Pustaka

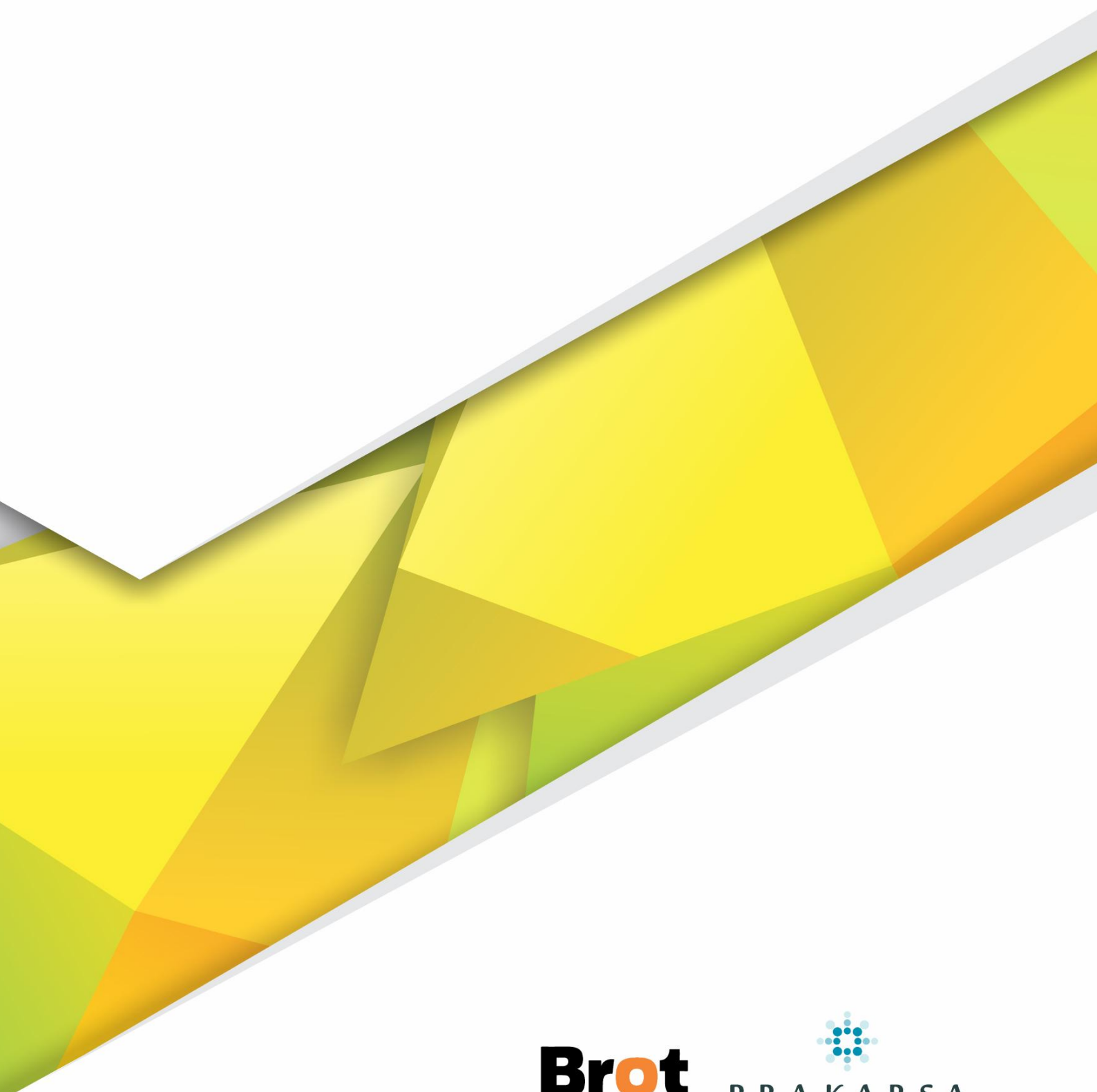
- Asada, Yukiko. (2005). A Framework for Measuring Health Inequity. *J Epidemiol Community Health*, 59:700-705.
- Asian Development Bank. 2015. Summary of Indonesia's Poverty Analysis. Manila: Asian Development Bank
- Badan Pusat Statistik. 2015. Berita Resmi Statistik, No. 86/09/Th. XVIII, 15 September 2015. Jakarta: BPS
- Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. Better. (1999). Benefits for health: plan to implement the central recommendation of the Acheson report. *BMJ*, 318: 724–27.
- Braveman P, Gruskin S. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 57:254-8.
- Braveman P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health* 2006;27:167-94.
- Braveman P. (2010). Social conditions, health equity, and human rights. *Health Hum Rights*, 12:31-48.
- Braveman, P. (2014). What Are Health Disparities and Health Equity? We Need to be Clear. *Public Health Reports Volume 129*, 5-8.
- Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I. (1999). Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Daedalus*, 128:215-51.
- Daniels N. (1981). Health-care needs and distributive justice. *Philos Public Aff*;10:146-79.
- DJSN. (2014). Seri Buku Saku 2: Paham BPJS . Jakarta : Friedrich-Erbert-Stiftung Kantor Perwakilan Indonesia.
- Evans PG, Barer ML, Marmor TR, eds. Why are some people healthy and others not? New York: Aldine de Gruyer, 1994.
- Hair Jr, Joseph F, Rolph E. Anderson, Ronald L. Tatham and William C Black, 1992, *Multivariate Data Analysis With Readings*, Third ed, Macmillan publishing company, New York. Husnan, Suad, 1990
- Horton R. (2002). What the UK government is (not) doing about health inequalities. *Lancet*, 360: 186.
- Kamm FM. (2001). Health and equality of opportunity. *Am J Bioeth*, 17–19

- Keterangan Pidato Presiden Republik Indonesia Pada Munas II Hanura Di Diamond Hotel, Solo Provinsi Jawa Tengah Tanggal 13 Ferbruari 2015. Sumber: http://www.setneg.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=8779&Itemid=26 (diakses pada 17 Februari 2016 Pukul: 16:30)
- Kementerian Kesehatan. (2016). Profil Kesehatan Indonesia 2015. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kelloway, E. K. (1998). Using LISREL for structural equation modeling: A researcher's guide. Sage.
- KOMPAS. (2015, Februari 20). www.kompas.com. Diambil kembali dari <http://nasional.kompas.com/read/2015/02/20/17342191/Alkes.dan.Obat-obatan.e-Catalog.Belum.Tersedia.Ini.Dalih.Pemerintah>
- Leon DA, Walt G, Gilson L. (2001). International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ*, **322**: 591–94.
- Litbang “kompas” RTA/UMI, dari laman Badan POM, Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan dan pemberitaan “kompas”
- Maruyama, N., Katsube, T., Wada, Y., Oh, M. H., Barba De La Rosa, A. P., Okuda, E., ... & Utsumi, S. (1998). The roles of the N-linked glycans and extension regions of soybean β -conglycinin in folding, assembly and structural features. *European journal of biochemistry*, *258*(2), 854-862.
- Macintyre S. (2000). Prevention and the reduction of health inequalities. *BMJ*, *320*: 1399–400.
- News, M. T. (2016, Oktober 19). Diambil kembali dari www.metrotvnews.com: <http://news.metrotvnews.com/hukum/GNIGer9K-kpk-temukan-masalah-penyediaan-obat-di-e-katalog>
- Newman, I., & Benz, C. R. (1998). *Qualitative-quantitative research methodology: Exploring the interactive continuum*. SIU Press.
- Pedhazur, Elazar J. (1982), *Multiple Regression in Behavioral Research*, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- PPJK. (2014). Laporan Akuntabilitas Kinerja . Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- PPJK. (2015). Laporan Akuntabilitas Kinerja 2015. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- PPJK. (2016). Laporan Akuntabilitas dan Kinerja 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Ruger, J.P. (2004). *Ethics of the Social Determinants of Health*. Department of Epidemiology and Public Health, School of Medicine, Yale University, *364*: 1092-1097.
- Sari, I.N., Pudjiraharjo, W.J. 2013. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Vol. 1 No.1: Ekuitas Dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga: Surabaya.

- Smith GD, Morris JN, Shaw M. (1998). The independent inquiry into inequalities in health is welcome, but its recommendations are too cautious and vague. *BMJ*, 317: 1465–66.
- TNP2K. (2010). Laporan Akhir Kajian Program Penanggulangan Kemiskinan Bidang Kesehatan bagi Keluarga Miskin. Jakarta: TNP2K.
- United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Assembly resolution 2200A (XXI), Article 12. Dec. 16, 1966 [cited 2013 Sep 13]. Available from: URL: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Vega-Romero R. Justicia Sanitaria como igualdad: un universalismo o pluralismos in: *Pensamiento en Salud Publica: El derecho a la Salud*. Facultad Nacional de Salud Publica. Universidad de Antioquia: 2001.
- Whitehead M, Dahlgren G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 22:429-45.
- WHO. (2011). *Monitoring, Evaluation and Review of National Health Strategies: A Country-led Platform for Information and Accountability*. Geneva.
- WHO. (2013). *Handbook on Health Inequality Monitoring: with a special focus on low and middle income countries*. Luxembourg.
- WHO. 2013. *Universal Health Coverage: Supporting Country Needs*. Geneva: WHO.
- WHO. 2014. *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*. France: WHO.
- Williams DR, Collins C. (2001). Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Rep*, 116:404-16.
- Williams DR, Mohammed SA. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*, 32:20-47.
- World Bank Group. 2016. *Global Monitoring Report 2015/2016: Development Goals in an Era of Demographic Change*. Washington, DC: World Bank

Dokumen Kebijakan

- Undang Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- Undang Undang No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial
- Undang Undang No. 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin
- Undang Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
- Peraturan Pemerintah No. 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial
- Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden No. 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan
- Peraturan Menteri Sosial No. 8 Tahun 2012 tentang Pedoman Pendataan dan Pengelolaan Data Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial dan Potensi dan Sumber Kesejahteraan Sosial
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
- Peraturan Menteri Keuangan No. 206/PMK02/2013 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah
- Keputusan Menteri Sosial No. 170/HUK/2015 tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan tahun 2016



Brot
für die Welt



P R A K A R S A
Welfare Initiative for Better Societies

Jln. Rawa Bambu I Blok A No. 8E RT 010 RW 06 Kel/Kec. Pasar Minggu
Jakarta Selatan 12520 - Indonesia

ISBN 978-623-91350-5-8



9 786239 135058

Ph. +62 (21)7811-798 Fax. +62 (21)7811-897
E-mail to: perkumpulan@theprakarsa.org