

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan dan kesejahteraan merupakan hak asasi dasar yang diakui secara kolektif di dunia. Indonesia sebagai bagian dari kesadaran kolektif dunia telah menetapkan komitmennya terhadap perbaikan kualitas kesehatan warganya, yang dapat dilihat dari upaya pendiri bangsa melalui konstitusi, seperti yang telah tercantum pada UUD 1945 pasal 28H ayat 3 dan pasal 34 ayat 2. Semangat konstitusional tersebut semakin menguat dengan dikeluarkannya Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menjelaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses terhadap sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Landasan konstitusi tersebut menunjukkan bahwa bangsa Indonesia dan pemerintahannya telah mempunyai kesadaran bahwa kesehatan merupakan modal dasar dalam menumbuhkan upaya-upaya keberdayaan penduduk untuk meningkatkan kualitas kerja dalam memproduksi dan meningkatkan produktivitasnya sebagai upaya meningkatkan kesejahteraan.

Dalam bidang regulatif, upaya Pemerintah Indonesia dalam mewujudkan perbaikan kondisi kesehatan warganya telah dilaksanakan sejak lama, hal tersebut dapat dilihat dari :

- 1) Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968, yang menegaskan dibentuknya Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang kepesertaannya saat itu hanya dari kalangan Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan penerima pensiun.
- 2) Pada tahun 1984, Pemerintah mengeluarkan produk hukum melalui Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 1984, yang pada dasarnya mengubah status badan menjadi Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti (PHB) dengan tujuan meningkatkan pelayanan pemeliharaan kesehatan bagi rat dengan bertambahnya golongan veteran dan Pensiunan TNI/ Polri sebagai pesertanya.

- 3) Pada tahun 1991 melalui Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991, PHB dapat memperluas kepesertaan dengan menambahkan Badan Usaha Lainnya.
- 4) Pada tahun 1992 melalui Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992, Perusahaan Umum (PHB) beralih menjadi PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, pengembangan pelayanan dan kemandirian manajemen. kepesertaan saat itu semakin luas hingga mencakup pegawai swasta, sedangkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah menyediakan akses jaminan kesehatan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

Meskipun fase yang dilalui Indonesia telah panjang dalam menyediakan akses jaminan kesehatan dan keselamatan bagi warganya, namun tidak dapat dipungkiri masih saja adanya penduduk Indonesia yang belum mendapatkan akses jaminan kesehatan dan keselamatan. Hingga pada tahun 2004 pemerintah merasa perlu mengeluarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN) yang menegaskan bahwa jaminan sosial dan kesehatan wajib bagi seluruh penduduk dan dikelola oleh suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Hal tersebut dinyatakan melalui UU No. 24 Tahun 2011 bahwa SJSN diselenggarakan oleh BPJS yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, dengan kebijakan yang terakhir tersebut, pemerintah menargetkan bahwa seluruh penduduk Indonesia harus memiliki/terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan paling lambat 1 Januari 2019.

Sifat kepesertaan yang wajib ini sebenarnya menjawab salah satu dari kesembilan prinsip dalam pengelolaan SJSN yaitu kegotongroyongan. Dengan prinsip kegotongroyongan ini, diharapkan masyarakat saling membantu, yang sehat membantu yang sakit melalui premi yang setiap bulan harus dibayarkan, sehingga mampu mengurangi masalah kontemporer pada hambatan dan kesulitan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, meski harus diakui bahwa upaya tersebut menjadi tantangan bagi pemerintah dan menjadi harapan yang sulit

untuk dicapai mengingat penduduk Indonesia sendiri masih kurang untuk hidup budaya preventif dalam bidang kesehatan, bahkan belum menjadi prioritas dalam kesadaran berperencanaan dalam kebutuhan kehidupan.

Salah satu peningkatan kualitas penduduk dapat diketahui dari indeks pembangunan manusia. Prakarsa (2015) menyatakan bahwa dalam hal pembangunan manusia, Indonesia telah mencapai kemajuan dalam dekade terakhir. Indeks Pembangunan Manusia (*HDI-Human Development Index*) mengalami pertumbuhan sebesar 1,44% pada dekade 1990-2000, dan turun 0,90% pada 2000-2013. Peringkat Indeks Pembangunan Manusia (*HDI-Human Development Index*) Indonesia stagnan pada peringkat 108 dari 187 negara 2012-2013 (UNDP, 2014). Menunjukkan bahwa pembangunan manusia di Indonesia mengalami perlambatan, meskipun mengalami pertumbuhan ekonomi yang relatif stabil pada 4 sampai 6% selama periode yang sama. Penurunan pertumbuhan Indeks Pembangunan Manusia (*HDI-Human Development Index*) tampak melalui pertumbuhan yang lamban pada beberapa indikator penting kesehatan seperti angka kematian ibu dan anak, status gizi dan prevalensi penyakit menular serta tidak menular.

Dengan bersumber dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, Prakarsa menjelaskan bahwa kematian anak di bawah lima tahun per 1.000 kelahiran hidup telah menurun hingga 40 poin namun masih belum mencapai target MDGs yakni 32 per 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi sebesar 32 per 1000 kelahiran pada tahun 2012, mengalami sedikit penurunan dari 34 per 1000 pada tahun 2007, untuk mencapai target MDG maka harus dicapai 23 per 1000 kelahiran hidup. Tingkat kematian ibu juga mengalami kemunduran. Dari 228 kematian per 100.000 kelahiran hidup sebagaimana dicatat dalam SDKI 2007, menjadi 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI 2012, jauh dari target MDG yakni 102 per 100.000 kelahiran hidup.

Pulau Jawa masih menjadi pusat dalam penyebaran penduduk di Indonesia sehingga diperlukan perhatian yang cukup intensif dalam penyediaan pelayanan jaminan kesehatan. Jawa Timur adalah sebuah propinsi di bagian timur pulau Jawa yang mempunyai luas 47.922 km², dan jumlah penduduknya 37.476.757 jiwa (BPS, Sensus Penduduk 2010). Jawa Timur memiliki wilayah terluas di

antara 6 provinsi di Pulau Jawa, dan memiliki jumlah penduduk terbanyak kedua di Indonesia setelah Jawa Barat. Dari sisi prestasi capaian indeks pembangunan manusia, Propinsi Jawa Timur berada pada ranking terbawah jika dibandingkan dengan capaian indeks pembangunan manusia di pulau Jawa. Artinya, capaian IPM propinsi Jawa Timur berada terbawah diantara 6 propinsi yang berada di pulau Jawa. Jika dilihat dari keseluruhan capaian IPM Indonesia, prestasi propinsi Jawa Timur berada pada rangking 17, hal yang tidak sepadan dengan pembangunan ekonominya yang berpretasi setelah Jakarta.

Tabel 1.1. Ranking IPM Propinsi di Pulau Jawa

Rangking	Propinsi	2007	2008	2009	2010	2011
1	DKI Jakarta	76,59	77,03	77,36	77,60	77,97
4	Yogyakarta	74,15	74,88	75,23	75,77	76,32
14	Jawa Tengah	70,92	71,60	72,10	72,49	72,94
16	Jawa Barat	70,71	71,12	71,64	72,29	72,73
17	Jawa Timur	69,78	70,28	71,06	71,62	72,73
Sumber : BPS, 2011, Indeks Pembangunan Manusia Indonesia 2007-2011						

Berdasarkan Tabel 1 di atas dapat dikatakan bahwa sejak 2007-2011 Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur berada pada papan tengah pada sisi capaian IPM. Capaian propinsi Jawa Timur pada bidang IPM berada pada posisi nomor 17 jika disandingkan dengan propinsi lain di Indonesia. Dengan mempertimbangkan pendapat Prakarsa di atas, dapat dikatakan bahwa Propinsi Jawa Timur mengalami pertumbuhan yang lamban pada IPM-nya karena beberapa indikator penting kesehatan seperti angka kematian ibu dan anak, status gizi dan prevalensi penyakit menular serta tidak menular. Capaian IPM Jawa Timur merupakan hasil agregat capaian IPM dari masing-masing kabupaten/kota yang berjumlah 38 daerah. Kabupaten-kabupaten di wilayah pulau Madura prestasi capaian IPM-nya berada pada papan bawah, meski ada juga Kabupaten Jember dan Bondowoso. Sehingga menjadi urgen untuk mengkaji implementasi Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN) yang dikelola oleh suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di pulau Madura.

**Tabel 1.2. IPM Provinsi dan Kabupaten/Kota Tahun 2008-
2012**

No	Kabupaten/	2008	20	201	2	2012
1	Kab. Pacitan	70.9	71.45	72.0	72	72.77
2	Kab. Ponorogo	69.0	69.	70.2	71	71.52
3	Kab.	72.1	72.	73.2	73	74.08
4	Kab.	72.4	72.	73.3	73	74.09
5	Kab. Blitar	72.7	73.	73.6	74	74.44
6	Kab. Kediri	70.8	71.	71.7	72	72.72
7	Kab. Malang	69.5	70.	70.5	71	71.53
8	Kab. Lumajang	66.6	67.	67.8	68	68.90
9	Kab. Jember	63.7	64.	64.9	65	65.93
10	Kab.	67.8	68.	68.8	69	69.82
11	Kab.	61.2	62.	62.9	63	64.08
12	Kab. Situbondo	63.0	63.	64.2	64	65.13
13	Kab.	61.4	62.	62.9	63	64.06
14	Kab. Pasuruan	66.0	66.	67.6	68	68.54
15	Kab. Sidoarjo	75.3	75.	76.3	76	77.16
16	Kab. Mojokerto	72.5	72.	73.3	73	74.33
17	Kab. Jombang	71.8	72.	72.7	73	73.52
18	Kab. Nganjuk	69.7	70.	70.7	71	71.70
19	Kab. Madiun	68.6	69.	70.1	70	70.63
20	Kab. Magetan	71.7	72.	72.7	73	73.59
21	Kab. Ngawi	68.0	68.	68.8	69	70.33
22	Kab.	65.8	66.	66.9	67	67.73
23	Kab. Tuban	67.0	67.	68.3	68	69.23
24	Kab. Lamongan	68.3	69.	69.6	70	70.76
25	Kab. Gresik	73.4	73.	74.4	75	75.49
26	Kab. Bangkalan	63.4	64.	64.5	65	65.39
27	Kab. Sampang	57.6	58.	59.7	60	61.03
28	Kab. Pamekasan	63.1	63.	64.6	65	65.72
29	Kab. Sumenep	64.2	64.	65.6	66	66.59
30	Kota Kediri	75.1	75.	76.2	76	77.08
31	Kota Blitar	76.6	76.	77.4	77	78.14
32	Kota Malang	76.1	76.	77.2	77	77.99
33	Kota	73.2	73.	74.3	74	75.23
34	Kota Pasuruan	72.6	73.	73.4	73	74.42
35	Kota Mojokerto	76.1	76.	77.0	77	77.63
36	Kota Madiun	75.8	76.	76.6	77	77.42
37	Kota Surabaya	76.3	76.	77.2	77	78.08

38	Kota Batu	73.3 3	73. 88	74.4 5	74 .9	75.44
Pro		70.3	71.	71.6	72	72.54

BPS, 2011, Indeks Pembangunan Manusia Indonesia.

Madura merupakan bagian dari Pulau Jawa, dengan luas keseluruhan kurang lebih 5.168 km² atau kurang lebih 10% dari luas daratan Jawa Timur (Wikipedia, 2014). Pulau Madura secara administratif terbagi menjadi 4 wilayah kabupaten yaitu Bangkalan (paling timur), Sampang, Pamekasan dan Sumenep (paling barat). Jumlah penduduk di Madura hingga tahun 2014 sebanyak 3.861.686 jiwa (DKCP, 2014). Menurut Kepala BPJS Cabang Pamekasan, kepesertaan di Madura hingga tahun 2014 mencapai 2.225.468 orang dengan rincian Bangkalan sebanyak 493.099 orang (sebesar 45% dari jumlah penduduk), Sampang sebanyak 600.662 orang (68%), Pamekasan sebanyak 546.841 orang (75%) dan Sumenep sebanyak 584.866 orang (51%) (antarajatim.net, 2015). Angka tersebut tentunya masih cukup rendah apabila harapan *universal coverage* pada 2019 tercapai.

Telah satu tahun program JKN berjalan namun masih banyak studi yang menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat tentang SJSN masih rendah sehingga minat untuk mendaftarkan diri menjadi peserta masih kurang. Selain itu pemahaman masyarakat tentang mekanisme JKN juga masih rendah sehingga banyak muncul permasalahan di lapangan yang mudah kita dapatkan di media elektronik maupun non elektronik. Studi yang dilakukan di Jember oleh Noormalasari (2014) menunjukkan bahwa sebesar 67,5% calon peserta berpendapat akan ketidakmampuan membayar premi mandiri untuk seluruh anggota keluarganya. Hal ini juga menunjukkan bahwa terdapat beban finansial yang harus ditanggung oleh calon peserta untuk mendapatkan jaminan kesehatan bagi diri dan keluarganya.

Permasalahan juga ditemui pada banyaknya praktek percaloan kepesertaan yang terjadi sehingga dengan kurang pahamnya masyarakat terhadap Program JKN maka semakin rentan terjadi penipuan di masyarakat. Sekali lagi karena

kurang memahaminya masyarakat terhadap mekanisme JKN, praktek pinjam kartu untuk mendapatkan pelayanan juga masih ditemui.

Meskipun masih banyak dijumpai permasalahan lapangan di tingkat masyarakat, tidak tertutup kemungkinan permasalahan terjadi juga di tingkat Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK).

Keterbatasan ruang rawat inap, biaya ambulan yang masih harus ditanggung sendiri oleh pasien sehingga menambah beban finansial pasien, kurangnya sosialisasi batasan pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh BPJS sehingga banyak dijumpai polemik di masyarakat, rendahnya minat Badan Usaha (BU) untuk mendaftarkan pegawainya menjadi peserta, sosialisasi lintas sektor yang belum maksimal, sikap negatif petugas kesehatan dalam menerima sistem pembayaran JKN serta permasalahan kelengkapan data untuk dasar verifikasi, merupakan beberapa permasalahan yang masih sering terjadi baik di tingkat masyarakat maupun instansi penyedia pelayanan kesehatan.

Berdasarkan latar belakang diatas, dalam tujuan mencapai target *universal coverage* pada tahun 2019, maka diperlukan kajian secara mendalam terhadap implementasi JKN di Madura meliputi kajian di masyarakat dan di tingkat penyedia pelayanan kesehatan

1.2. Rumusan Masalah

Sebagaimana telah diuraikan dalam latar belakang sebelumnya, maka berikut ini adalah beberapa rumusan masalah dari latar belakang diatas antara lain:

1. Bagaimana kinerja implementasi program BPJS dalam aspek kepesertaan dan kualitas pelayanannya ?
2. Faktor-faktor implementasi apa saja yang menjadi pendorong dan factor penghambat terhadap kinerja implemtasi ?

1.3. Tujuan Penelitian

Sebagaimana telah diuraikan dalam latar belakang sebelumnya, maka tujuan dari penelitian ini antara lain:

1. Mengukur kinerja implementasi pada aspek kepersertaan dan kualitas pelayanan pada Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional melalui BPJS .
2. Mengidentifikasi factor yang mendukung dan yang menghambat terhadap capaian kinerja implementasi program BPJS.

1.4. Hasil yang Dijarapkan

Output yang diharapkan dari penelitian ini antara lain:

1. Terpetakannya tingkat pemahaman masyarakat pada program BPJS.
2. Sebagai upaya untuk perbaikan penyelenggaraan SJKN yang dilaksanakan oleh BPJS.
3. Tersusunnya rekomendasi prioritas bagi pemerintah dalam meningkatkan keberhasilan Program BPJS.

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

1. Menyusun kajian terkait tingkat pengetahuan di tingkat masyarakat dan BU terhadap implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional
2. Menyusun kajian tentang tingkat kemampuan masyarakat dalam membayar premi/iuran Jaminan Kesehatan Nasional
3. Menyusun kajian kesiapan PPK dalam implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional
4. Menyusun rekomendasi prioritas bagi pemerintah daerah dalam memfasilitasi implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional