

SISTEM PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH PROSES, KENDALA DAN HARAPAN MASYARAKAT KURANG MAMPU KABUPATEN BOGOR

*B. Sundari¹
B. Lina Kusrina²*

*Jur. Akuntansi, Fak. Ekonomi, Univ. Gunadarma
^{1,2}{b_sundari, lkusrina}@staff.gunadarma.ac.id*

Abstrak

Jamkesda adalah program Jaminan Kesehatan Daerah yang didanai oleh pemerintah daerah. Dalam pelaksanaan jaminan kesehatan ini bekerja sama dengan PT Askes. Dinas kesehatan bertugas untuk membayarkan premi atau iuran tetap ke PT Askes dan selanjutnya PT Askes yang melakukan pembayaran atas klaim dari Pemberi Pelayanan Kesehatan yaitu rumah sakit dan puskesmas. Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif kualitatif yang berkaitan dengan proses, kendala dan harapan masyarakat. Data diperoleh dari pengamatan, wawancara dan kuesioner kepada petugas pelayanan kesehatan maupun masyarakat penerima Jamkesda. Hasil yang diperoleh diketahui bahwa proses pelayanan dan proses pendanaan sudah dilakukan dengan baik. Namun ditemukan kendala dalam pendataan kepesertaan dari instansi Dinas Kesehatan dan kendala pengarsipan di UPT puskesmas. Disamping kendala diatas dalam proses pelayanan diperoleh pendapat bahwa masyarakat menyatakan puas akan pelayanan yang diberikan, namun masyarakat berharap adanya perbaikan sistem pelayanan dari manual menggunakan berkas-berkas persyaratan yang harus digandakan menjadi kartu kepesertaan.

***Kata kunci :** Jamkesda, kendala pendataan, kendala pengarsipan, kartu kepesertaan*

PENDAHULUAN

Salah satu program sangat strategis dan masih perlu memperoleh perhatian secara konseptual sebagaimana mes-tinya adalah penyelenggaraan program jaminan sosial. Program jaminan sosial di setiap Negara tidak hanya bermakna sosial tetapi juga ekonomi. Amerika Serikat melihat jaminan sosial sebagai salah satu jalan untuk memenuhi kesejahteraan rakyat dan menjadikannya sebagai isu politik yang penting. Bill Clinton memenangkan kampanye melalui gagasan reformasi jaminan kesehatan dan sampai sekarang pun Bill Clinton masih konsisten dengan gagasannya.

Indonesia belum dapat segera mengikuti Negara-negara yang sudah memberikan pelayanan kesehatan, walau-pun selama ini sudah ada mekanisme untuk membantu layanan kesehatan bagi warga miskin. Sepanjang satu dekade terakhir, tingkat kemiskinan dan jumlah penduduk miskin secara nasional terus menurun. Kelompok individu/penduduk yang berada dekat dengan garis kemiskinan (hampir miskin/near poor) merupakan kelompok yang rentan terhadap berbagai goncangan (shock).

Meskipun angka kemiskinan menurun, namun masih banyak masyarakat miskin yang tidak dapat membayar biaya pengobatan. Hal ini dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Bayi

(AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 35 per 1000 kelahiran

hidup (Susenas, 2003) dan AKI sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2002-2003)



Gambar 1. Perubahan Tingkat Kemiskinan dan Jumlah Penduduk Miskin, Th. 1998-2012
Sumber Badan Pusat Statistik/2012

Kementerian Kesehatan periode 2010-2014 bertekad untuk melakukan percepatan implementasi amanat Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pelaksanaan program JAMKESDA didasari oleh Undang-Undang Dasar 1945 pasa 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang kesehatan, yang menetapkan bahwa kesehatan adalah hak yang fundamental setiap penduduk dan penduduk berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatan

Sistem pelayanan JAMKESDA yang telah ditetapkan berdasarkan UUD 1945 masih ditemukan beberapa kendala seperti kurang meratanya pendataan penerima program ini dan penyelesaian administrasi harus menyertakan berkas-berkas sebagai persyaratan administrasi. Maka dari itu pemerintah perlu membentuk suatu tim untuk mengurangi permasalahan dan kekurangan pada sistem JAMKESDA saat ini seperti kesiapan

infrastruktur yang matang dan suatu aplikasi proses pendataan peserta secara *online* dan *real time*.

Menurut Fidyatun (2012) dalam penelitiannya pada Program Keluarga Harapan (PKH) bidang kesehatan di Kabupaten Brebes, terdapat adanya ketidaksesuaian data dalam pelaksanaan PKH, karena data yang digunakan adalah hasil pendataan tahun 2008 sedangkan program baru dijalankan pada tahun 2011. Sejalan dengan penelitian Noviansyah (2006) Sebagian responden mempunyai persepsi bahwa pendataan dan penetapan sasaran masyarakat miskin di kota Metro sebagai peserta PJKMM masih ada yang tidak tepat sasaran. Sedangkan dalam kaitannya dengan kepuasan masyarakat, masyarakat mempunyai persepsi yang positif terhadap pelayanan kesehatan puskesmas.

Berdasar uraian diatas peneliti ingin melihat proses, kendala serta harapan masyarakat penerima Jamkesda di wilayah Kabupaten Bogor.

METODE PENELITIAN

Objek penelitian meliputi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Unit Pelayanan Terpadu (UPT) Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) Kabupaten Bogor, Dinas Kesehatan (dinkes) Kabupaten Bogor, dinas Sosial Tenaga kerja dan Transmigrasi (disosnakertrans) Kabupaten Bogor dalam rentang waktu Pebruari sampai dengan Juli 2013.

Data primer dikumpulkan dengan cara wawancara dan kuesioner yang melibatkan berbagai pihak baik dari kalangan masyarakat umum penerima Jamkesda maupun petugas kesehatan serta pegawai yang berkaitan dengan program Jamkesda.

Data yang dianalisis adalah proses pelayanan kesehatan, kendala pelayanan dan harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dengan fasilitas Jamkesda

Analisis yang dilakukan adalah analisis deskriptif dan kualitatif. Menurut Whitney dalam Nazir(2003), mengatakan bahwa metode deskriptif ini merupakan pencarian fakta dengan interpretasi yang tepat. Metode deskriptif adalah suatu metode dalam meneliti status sekelompok manusia, suatu objek, suatu set kondisi, suatu sistem pemikiran maupun sistem peristiwa pada masa sekarang. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk membuat deskripsi, membuat gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual, dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki

Menurut Bogdan dan Taylor (1992) penelitian kualitatif memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Sumber data dalam penelitian kualitatif ialah situasi yang wajar dan peneliti merupakan instrumen kunci;
2. Riset kualitatif itu bersifat deskriptif;
3. Riset kualitatif lebih memperhatikan proses daripada hasil atau produk semata;

4. Pendekatan kualitatif cenderung menganalisa data secara induktif dan makna merupakan soal esensial bagi pendekatan kualitatif.

Melalui penelitian kualitatif ini peneliti mengharapkan dapat mengenal subjek, mengerti dan merasakan apa yang mereka alami dalam kehidupan sehari-hari. Menurut definisi ini penelitian kualitatif menghasilkan data deskriptif sehingga merupakan rinci dari suatu fenomena yang diteliti.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan standar penilaian-nya, kemiskinan dibedakan menjadi kemiskinan relatif dan kemiskinan absolute. Kemiskinan relatif merupakan standar kehidupan yang ditentukan dan ditetapkan secara subyektif oleh masyarakat setempat dan bersifat lokal. Mereka yang berada dibawah standar itu dikategorikan sebagai orang miskin secara relatif. Sedangkan standar kemiskinan absolut merupakan standar kehidupan minimum yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang diperlukan, baik makanan maupun non makana (BPS, 2009).

Beberapa landasan kebijakan pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) adalah sebagai berikut:

1. Undang-Undang-Undang Dasar (UUD) 1945
 - Pasal 28H (3): Jaminan sosial adalah hak setiap warga Negara
 - Pasal 34 (2): Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dantidak mampu.
 - Pasal 34 (3): Negara bertanggung-jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak

2. Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan
 - Pasal 4: Setiap orang mampu mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yg optimal
3. Undang-Undang no. 32 tahun 2004. Dalam undang-undang ini menyatakan bahwa pemerintah daerah harus mengembangkan jaminan pembiayaan kesehatan.
4. Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
 - Pasal 3: Sistem jaminan sosial nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya
 - Pasal 19: Jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

Kegiatan operasional jaminan sosial berbasis hukum bilangan besar dan hal itu akan efektif apabila penyelenggaraannya dilakukan tidak secara parsial. Penyelenggaraan jaminan sosial yang terintegrasi diharapkan dapat menjamin terciptanya suatu mekanisme yang efektif dan efisien sehingga mampu menyentuh seluruh lapisan masyarakat. Secara universal, penyelenggaraan sistem jaminan sosial pada prinsipnya merupakan tanggung jawab Pemerintah Pusat dengan dalil suatu penyelenggaraan untuk satu negara karena jaminan sosial sebagai supra sistem untuk pengikat berdirinya sebuah negara. Menurut Pakpahan & Sihombing (2012).

Saputra (2013) pada penelitiannya di Puskesmas Sidomulyo Kecamatan Samarinda Ilir kota Samarinda, hasil penelitiannya menunjukkan pelaksanaan program Jamkesda di Puskesmas

Sidomulyo sudah sangat baik ini dapat dilihat dari standar dan sasaran kebijakan, sumberdaya, karakteristik agen pelaksana, disposisi implementor, komunikasi antar organisasi, dan lingkungan sosial, ekonomi dan budaya yang baik di Puskesmas Sidomulyo. Akan tetapi masih ada kekurangan yaitu bahan di laboratorium yang kurang dan pembatasan pengobatan pada penyakit tertentu yang ditanggung oleh program Jamkesda.

Hasil wawancara dengan pihak-pihak yang terkait dengan jaminan sosial dan kesehatan yaitu Dinas Kesehatan, UPT Puskesmas, Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi, diperoleh hasil sebagai berikut:

Dari ketiga instansi yang terkait dengan jaminan social dan kesehatan tersebut ternyata dinas kesehatan dan UPT puskesmas saja yang berkaitan dengan JAMKESDA. Sementara Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi hanya melayani masyarakat yang menyanggah status sosial seperti penduduk yang tidak memiliki tempat tinggal tetap, memiliki masalah ketidakmampuan ekonomi, serta masalah sosial lainnya, termasuk masalah dengan kesehatan dan tidak mampu membiayai pelayanan kesehatan. Namun dalam hal ini instansi dinas sosial tidak ada akses terhadap pelayanan Jamkesda.

Proses Pendanaan dan Kendala Pendanaan

Dari Dinas Kesehatan diperoleh data bahwa jumlah penduduk yang mendapatkan fasilitas Jamkesda selama tahun 2012 dalam lingkungan Kabupaten Bogor sejumlah 365.353 jiwa dengan anggaran yang tersedia sebesar Rp. 97.204.060.000,- (Sembilan Puluh Tujuh Milyar Dua Ratus Empat Juta Enam Puluh Ribu Rupiah). Dari jumlah tersebut realisasi penggunaan untuk Jamkesda sebesar Rp. 81.844.855.814,-(sebesar delapan puluh satu milyar delapan ratus

empat puluh empat juta delapan ratus lima puluh lima ribu delapan ratus empat belas rupiah). Ini berarti bahwa penggunaan dana untuk Jamkesda tahun 2012 baru digunakan sebesar 84 % dari

dana yang disediakan. Pemerintah Kabupaten Bogor masih bisa memaksimalkan dana tersebut untuk kebutuhan kesehatan masyarakat.

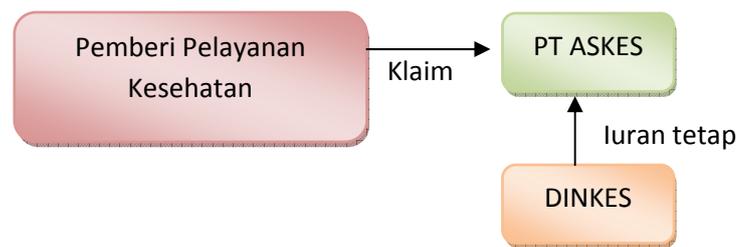


Gambar 2. Anggaran dan Realisasi penggunaan dana Jamkesda Kabupaten Bogor tahun 2012

Dana yang dikucurkan pemerintah daerah melalui dinas kesehatan ini, dikeluarkan berdasarkan data yang diperoleh dari data terpadu penanggulangan kemiskinan oleh Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). Namun dalam kenyataannya dinas kesehatan mendapatkan kendala yaitu ketidaksesuaian data masyarakat yang layak mendapatkan fasilitas Jamkesda. Hal ini terlihat dari banyaknya masyarakat yang kurang mampu yang tidak terdata dan tidak mendapatkan fasilitas/jaminan kesehatan. Sejalan dengan penelitian Tarigan & Dangkuwa (2011). Proses Perencanaan ke-Pesertaan Jamkesda belum efektif, hal ini dibuktikan dengan: masih banyak masyarakat yang mengaku memenuhi kriteria dalam kepesertaan Jamkesda namun tidak

masuk dalam database kepesertaan. Mereka sering mengeluhkan adanya pilih kasih dari aparat pemerintah desa dalam proses ke-Pesertaan. Proses up-dating data yang terlambat menyebabkan proses pemutakhiran data peserta tiap tahunnya menjadi terlambat dan menghambat proses-proses selanjutnya Hal ini pun menjadi kendala dalam proses kepesertaan Jamkesda.

Dilihat dari aliran dana Jamkesda (Gambar 2), yang ditunjuk sebagai pelaksana jaminan kesehatan adalah PT Askes. Dinas kesehatan membayar premi atau iuran tetap kepada PT Askes. Yang selanjutnya PT Askes yang akan membayarkan sejumlah nilai klaim kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK).



Gambar 3. Proses klaim Jamkesda

Proses Pelayanan Kesehatan dan Kendala Pengarsipan.

Proses pelayanan kesehatan kepada masyarakat dilaksanakan oleh instansi Pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Instansi yang dimaksud dalam hal ini adalah Puskesmas dan Rumah sakit.

Rumah Sakit rujukan untuk menerima pasien dengan fasilitas Jamkesda di kabupaten Bogor sejumlah 15 Rumah Sakit, diantaranya adalah : Kabupaten Bogor meliputi : RSUD Cibinong, RSUD Ciawi, RSUD Leuwiliang, RSUD Cileungsi, RS. Sentra Medika Cibinong, RSUP Cisarua. Kota Bogor, meliputi : RS PMI, RSUP Marzoeqi Mahdi, RS Kaya Bhakti, RS Salak, RS Islam Bogor, dan perbatasan, meliputi : RSUD Sukabumi, RSUD Cianjur, RSUD Tangerang, RSUD Adji Darmo Lebak.

Puskesmas yang menjadi rujukan dalam lingkungan kabupaten Bogor adalah 101 puskesmas. Karena banyaknya puskesmas di wilayah ini maka puskesmas dikoodinir oleh UPT (Unit Pelayanan Terpadu) Puskesmas yang berlokasi di Cirimekar, Cibinong.

Dalam pengamatan dan wawancara kami pada pihak UPT rata-rata pasien yang menggunakan fasilitas Jamkesda adalah 5 (lima) orang perhari dengan keperluan mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan maupun rujukan untuk perawatan lebih lanjut pada pelayanan kesehatan yang lebih besar yaitu Rumah Sakit rujukan. Sedangkan jumlah rata-rata pasien umum yang berkunjung dengan

kriteria umum dan askes adalah 150 (seratus lima puluh) orang. Disini sesuai dengan tujuan pemerintah daerah bahwa masyarakat yang menikmati Jamkesda adalah masyarakat yang belum mendapatkan fasilitas jaminan kesehatan.

Dalam proses pelayanan kesehatan, baik pemanfaat Jamkesda maupun yang lainnya mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama. Perbedaan bagi pemanfaat Jamkesda adalah mereka harus melengkapi berkas-berkas yang menjadi syarat pelayanan. Berkas tersebut adalah Kartu Tanda Penduduk, Kartu Keluarga dan Surat Keterangan Miskin dari Kelurahan dan Kecamatan. Berkas-berkas tersebut disimpan dan dicatat secara manual oleh bagian pendaftaran. Untuk selanjutnya akan di dilaporkan kepada kepala Puskesmas tiap bulannya.

Kendala yang dihadapi oleh pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan dalam hal ini UPT puskesmas adalah pendataan yang sifatnya manual. Sehingga pelaporan menjadi lama dan pengarsipan yang merepotkan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hartono dan Wicaksono (2013). Dengan diterapkannya aplikasi sistem informasi pelayanan pasien, dapat mempermudah petugas dalam melakukan tugas sesuai dengan posisinya dan dapat mengatasi penduplikasian data pasien.

Manfaat dan Harapan Masyarakat

Masyarakat kabupaten Bogor penerima fasilitas Jamkesda menyatakan puas

atas pelayanan yang telah mereka terima. Hal ini karena pelayanan yang diberikan tidak dibedakan dengan masyarakat yang lain. Penerima Jamkesda juga dapat mendapatkan pelayanan semua poliklinik yang ada di UPT puskesmas. Walaupun dalam proses pendaftaran harus menyertakan berkas-berkas yang tidak sulit dibawa namun mereka berharap adanya perubahan dari berkas-berkas menjadi kartu tanda kepesertaan.

Temuan tersebut mendukung penelitian yang dilakukan Noviansyah, Kristiani, dan Dewi (2006), Masyarakat mempunyai persepsi yang positif terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas.

Adapun harapan masyarakat selanjutnya adalah diterbitkan kartu jamkesda yang memiliki manfaat sebagai berikut: 1) tidak perlu adanya penggantian identitas dan surat sebagai persyaratan pelayanan kesehatan, 2) dapat menghindari faktor kelupaan/kekurangan berkas persyaratan, 3) mempercepat pendaftaran dan pelayanan.

SIMPULAN DAN SARAN

Dari analisis diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa penyelenggaraan Jamkesda di Kabupaten Bogor telah berjalan dengan baik ditinjau dari anggaran yang telah disediakan oleh pemerintah daerah sangat mencukupi dan dikelola dengan baik bersama dengan pihak asuransi kesehatan. Ditinjau dari sisi pengguna fasilitas Jamkesda, pelaksanaan Jamkesda sudah memenuhi kepuasan masyarakat, namun dalam pelaksanaannya, sistem pelayanan yang ada belum dapat memenuhi harapan masyarakat akan adanya kartu tanda kepesertaan.

Keterbatasan peneliti dapat menjadi saran bagi peneliti selanjutnya. Keterbatasan pertama bahwa peneliti belum melihat kendala penggunaan kartu yang berasal dari sumber daya manusia (SDM) petugas pemberi layanan maupun peng-

guna/pemanfaat. Keterbatasan kedua peneliti belum meneliti faktor yang mempengaruhi adanya kendala penerbitan kartu Jamkesda yang berasal dari pendataan masyarakat baik ditinjau dari sisi budaya, politik, maupun sosial, mengingat dinas kesehatan dan pemerintah kabupaten Bogor sudah berupaya untuk menerbitkan kartu Jamkesda tetapi mengalami kendala dalam pendistribusiannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik (BPS). 2009. Perkembangan beberapa indikator utama sosia ekonomi Indonesia.
- Bogdan, R.C., & Taylor, S.J. (1992). *Introduction to qualitative reasearch methods: A phenomenological Approach inthe social sciences*, alih bahasa Arif Furchan ,Jhon Wiley and Son ,Usaha Nasional, Surabaya,
- Fidyatun, E. 2012. Evaluasi program keluarga harapan (PHK) bidang kesehatan di Kabupaten Brebes tahun 2011. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1 (2). 26-36.
- Hartono, T., & Wicaksono, P. 2013. Perangkat lunak pelayanan kesehatan puskesmas (Studi kasus: Puskesmas Sekeloa Bandung). *Jamika*. 1 (4). 38-47.
- Nazir, M. 2003. *Metode penelitian*, Salemba Empat, Jakarta, 63.
- Noviansyah, K., & Dewi, F.S.T. 2006. Persepsi masyarakat terhadap program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 22 (3), 115-123.
- Pakpahan, R.H., & Sihombing, E.N.A.M. 2012. Tanggung jawab negara dalam pelaksanaan jaminan sosial. *Jurnal Legislasi Indonesia*. 9 (6). 163-174.
- Saputra, R.F. 2013. Studi tentang pelaksanaan program jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) di Puskesmas Sidomulyo Kecamatan Samarinda Ilir Kota Samarinda.

- eJournal Administrasi Negara*, 2013, 1 (1): 41-55.
- Tarigan, S.F., & Dangkoa, I. 2011. Efektifitas pengelolaan program jaminan kesehatan daerah di Kabupaten Gorontalo 2011. *Jurnal Health & Sport*. 3 (1). 199-284.
- Undang-Undang Dasar (UUD) 1945.
- Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan.
- Undang-Undang no. 32 tahun 2004 pemerintah daerah.
- Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.