

## EVALUASI PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN DI PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

Oleh: Firdaus <sup>1\*)</sup>

### ABSTRACT

*The evaluation discusses the implementation by the Guidelines for the Community Health Insurance Year 2008, the health insurance for the poor has become reality. JAMKESNAS is a great agenda for realizing to fulfill the rights of health that is facilitated by the Ministry of Health and Local Government with funding sourced from the tax and the natural resources. The core issues are implementation and realization JAMKESMAS programs such as, basic health services and referral health service, beside to show the response of poor society. This evaluation used qualitative methods with combine between juridical normative approach to review the legal and regulatory norms as well as policy analysis and implementation of study related any policy issued by the local government to fulfill rights of health for the poor. The result of evaluation show relatively successfully help poor communities in the province West of Nusa Tenggara to get free service of health in the context of human rights protection from the state, but still need more significant enhancements for optimal benefits. There are several problems that needs the way out such as : the distribution of cards is not on target; variety of drugs and patients' needs. The limited-quality drugs to be a dilemma for Hospital in Mataram.*

*Keywords:*

*Fulfillment of Rights, Health Rights, the Poor*

### ABSTRAK

1 Evaluasi ini membahas pelaksanaan Jamkesmas dengan dikeluarkannya Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Tahun 2008, maka jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin telah menjadi kenyataan di lapangan. Jamkesmas adalah agenda besar dalam mengupayakan pemenuhan hak warga negara untuk dapat hidup sehat dan mendapatkan penyembuhan yang difasilitasi oleh Departemen Kesehatan dan Pemda yang pendanaannya bersumber dari pajak masyarakat dan hasil alam nusantara. Adapun permasalahan yang diangkat adalah penerapan atau realisasi program Jamkesmas berupa pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan di daerah penelitian, serta respon masyarakat miskin terhadap program pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan. Evaluasi ini menggunakan metode kualitatif, dengan menggabungkan antara pendekatan *yuridis normatif* yakni menelaah norma hukum dan peraturan serta pendekatan analisis kebijakan publik berupa telaah formulasi dan implementasi terkait ada tidaknya kebijakan yang dikeluarkan oleh eksekutif/Pemda dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi keluarga miskin. Hasil evaluasi Program Jamkesmas relatif

<sup>1\*)</sup> Peneliti Badan Litbang HAM dan diperbantukan di Bidang Evaluasi dan Laporan di Pusat Hak-hak Kelompok Rentan, Kementerian Hukum dan HAM

berhasil membantu masyarakat miskin di daerah evaluasi Provinsi Nusa Tenggara Barat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis atau cuma-cuma dalam konteks penegakkan dan perlindungan HAM kelompok rentan oleh negara, namun masih memerlukan penyempurnaan agar manfaatnya lebih signifikan dan optimal. Ada beberapa kendala dan persoalan yang memerlukan pemecahan jalan keluar antara lain: distribusi kartu Jamkesmas ada yang belum tepat sasaran; kendala obat dan ragam kebutuhan pasien. Terbatasnya obat bermutu menjadi dilema bagi RSUD Mataram NTB.

Kata kunci:

Pemenuhan Hak, Hak Atas Kesehatan, Masyarakat Miskin

## PENDAHULUAN

Departemen Kesehatan Republik Indonesia telah mengeluarkan kebijakan baru dalam program pelayanan kesehatan masyarakat miskin (Askeskin) tahun 2008. Kebijakan baru ini terkait dengan penyaluran dana langsung dari Kantor Perbendaharaan Kas Negara (KPKN) Departemen Keuangan langsung ke rumah sakit melalui bank yang ditunjuk. Dirjen Bina Pelayanan Medik Depkes dr. Farid W. Husein menjelaskan sejak Februari 2008 sudah disalurkan dana Askeskin sebesar Rp. 540 milyar. Dana itu diperuntukkan sebagai uang muka pelayanan kesehatan peserta Askeskin di rumah sakit. Alokasi dana Askeskin 2008 sebesar Rp. 4.6 triliun diproyeksikan cukup untuk menjamin 76,4 juta jiwa masyarakat miskin.<sup>2</sup>

Berbeda dengan prosedur sebelumnya, tagihan rumah sakit tidak lagi melalui PT Askes yang masih mempunyai tunggakan klaim Askeskin sekitar Rp. 1,2 milyar dan Depkes akan membentuk tim verifikasi independen di setiap rumah sakit yang melayani masyarakat miskin. Tim verifikasi independen secara berkala akan diaudit oleh aparat pengawas internal (BPKP dan Inspektorat Jenderal Depkes) maupun aparat pengawasan eksternal (BPK).

Secara teknis, sistem pembayaran ke rumah sakit menggunakan paket untuk diagnostik, lama rawat dan tindakan. Tarif paket ini meliputi rawat jalan dan rawat inap, semua komponen baik obat penunjang dan akomodasi di rumah sakit.

Dirjen Bina Pelayanan Medik Depkes dr. Farid W. Husein menegaskan bahwa Depkes telah mengeluarkan surat edaran (SE) Dirjen Bina Yanmedik No. JP.01.01/I/289/08 tanggal 31 Januari 2008, bahwa rumah sakit penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat miskin diseluruh Indonesia diinstruksikan tetap memberikan pelayanan kesehatan miskin seperti tahun sebelumnya dengan jaminan pembiayaan dari Departemen Kesehatan.

Selanjutnya untuk menjamin kelancaran pelayanan Askeskin 2008, Menkes juga

2 Lihat situs Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan, [www. Depkes.go.id](http://www.Depkes.go.id). Sumber: Pusat Komunikasi Publik, Setjen Depkes: [puskom.depkes@gmail.com](mailto:puskom.depkes@gmail.com), [puskom.publik@yahoo.co.id](mailto:puskom.publik@yahoo.co.id)

menerbitkan surat edaran (SE) No. 115/Menkes/II/2008 tanggal 4 Februari 2008 yang ditujukan kepada seluruh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota dan para Direktur Rumah Sakit di seluruh Indonesia yang isinya bahwa program pelayanan kesehatan masyarakat miskin di rumah sakit tahun 2008 tetap dilaksanakan dan dibiayai dari Dana Bantuan Sosial yang bersumber dari pemerintah dan bukan merupakan dana retribusi pelayanan kesehatan. Selanjutnya dana Askeskin tidak lagi disetorkan ke kas daerah.<sup>3</sup>

Program Jamkesmas secara normatif adalah setiap orang miskin dan tidak mampu, yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Secara nasional jumlah sasaran peserta program Jamkesmas tahun 2008 sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa, berdasarkan data BPS tahun 2006. Berdasarkan jumlah asaran nasional tersebut Menkes membagi alokasi sasaran kuota kabupaten/kota. Kemudian bupati/walikota menetapkan peserta Jamkesmas kabupaten/kota dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk keputusan bupati/walikota.

Selanjutnya apabila jumlah peserta Jamkesmas yang ditetapkan bupati/walikota melebihi jumlah kuota yang ditetapkan Menkes/Depkes, maka menjadi tanggung jawab Pemda setempat (Jamkesda). Data nama dan alamat peserta Jamkesmas sesuai kuota secara prosedural dikirimkan ke PT Askes (Persero) untuk penerbitan kartu peserta, Rumah Sakit setempat, Dinas Kesehatan/Tim Pengelola Jamkesmas, Dinas Kesehatan Propinsi dan Depkes RI sebagai database kepesertaan Jamkesnas Nasional.

## PERMASALAHAN

Berdasarkan latar belakang tersebut maka permasalahan yang akan diteliti adalah:

1. Bagaimana penerapan atau realisasi program Jamkesmas berupa pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan?
2. Bagaimana respon masyarakat miskin terhadap program pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan?

## METODOLOGI

Kegiatan ini adalah evaluasi perlindungan dan penegakkan HAM kelompok rentan. Evaluasi ini dilakukan dengan menggabungkan antara pendekatan *juridis normatif* yakni menelaah norma hukum dan peraturan serta pendekatan analisis kebijakan publik berupa telaah formulasi dan implementasi terkait ada tidaknya kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi keluarga miskin.

---

3 Surat edaran tersebut sekaligus berfungsi sebagai jeminan pelayanan kesehatan bagi peserta Askeskin. Tarif paket didasarkan pada jenis rumah sakit meliputi: RSUD Cipto, RS Kanker Dharmais, RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, RS Anak dan Bunda Harapan Kita, RSUD dan Khusus Kelas A, RSUD dan Khusus Kelas B, RSUD dan Khusus Kelas C dan D. Sumber: Pusat Komunikasi Publik, Setjen Depkes: [puskom.depkes@gmail.com](mailto:puskom.depkes@gmail.com), [puskom.publik@yahoo.co.id](mailto:puskom.publik@yahoo.co.id)

## PROFIL PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

Provinsi Nusa Tenggara Barat mempunyai kedudukan yang sangat strategis karena: Terletak pada lintas perhubungan Banda Aceh-Kupang yang secara ekonomis cukup menguntungkan. Selat Lombok di sebelah barat dan Selat Makasar di sebelah utara merupakan jalur perhubungan laut strategis yang semakin ramai dari arah Timur Tengah untuk lalu lintas bahan bakar minyak dan dari Australia berupa mineral logam ke Asia Pasifik. Merupakan lintas perdagangan ke Kawasan Timur Indonesia (Surabaya Makasar). Terletak pada daerah lintas wisata dunia yang terkenal: Bali-Komodo-Tanah Toraja. Secara administratif NTB beribukota di Kota Mataram dan terdiri atas 7 (tujuh) Kabupaten dan 2 (dua) Kota, masing-masing 4 (empat) Kabupaten/Kota berada di Pulau Lombok dan 5 (lima) Kabupaten/Kota berada di Pulau Sumbawa.

Jumlah penduduk NTB pada tahun 2006 tercatat sebanyak 4.257.306 jiwa. Penduduk asli daerah NTB terdiri dari 3 (tiga) suku yaitu Suku Sasak yang mendiami P. Lombok dan di P. Sumbawa terdiri dari Suku Mbojo dan Suku Sumbawa. Diantara penduduk asli setempat terdapat juga Suku Jawa, Bali, makasar dan Bugis. Sejak pelaksanaan Sensus Penduduk pertama kali tahun 1971 hingga Sensus Penduduk terakhir tahun 2000, jumlah Penduduk Nusa Tenggara Barat terus meningkat. Faktor-faktor demografi seperti kelahiran, kematian dan migrasi dalam kurun waktu tersebut sangat menentukan perkembangan jumlah penduduk. Hasil Sensus Penduduk 1971 mencatat penduduk NTB mencapai 2.203 ribu jiwa dan pada Sensus Penduduk 2000 tercatat 3.831 ribu jiwa. Secara absolut dalam tiga dasawarsa pertambahan Penduduk Nusa Tenggara Barat cukup besar, namun sebaliknya dalam waktu yang sama laju pertumbuhan Penduduk menunjukkan penurunan.

Dalam periode 1980-1990 laju pertumbuhan Penduduk per tahun mencapai 2,15 persen, ini berarti menunjukkan adanya penurunan sebesar 0,22 persen dibandingkan periode 1971-1980 yang besarnya 2,37 persen. Indikasi penurunan laju pertumbuhan Penduduk berlanjut pada periode 1990-2000 yang besarnya menjadi 1,34 persen. Penurunan laju pertumbuhan Penduduk ini salah satunya disebabkan faktor migrasi keluar dari NTB Barat relatif cukup besar, khususnya tenaga kerja ke luar negeri dan yang melanjutkan sekolah ke Provinsi lain. Selain itu, tidak menutup keberhasilan pembangunan di bidang Kesehatan dan Keluarga Berencana dimana pemerintah telah melibatkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam melaksanakan Keluarga Berencana, yang dimulai pada pertengahan dekade tujuh puluhan, dan baru memperlihatkan dampak nyata dalam dekade sembilan puluhan dengan turunnya tingkat kelahiran dan kematian sehingga laju pertumbuhan Pendudukpun menjadi turun.

Pada periode 1990 - 2000 variasi angka laju pertumbuhan terlihat dengan rentang 0,98 - 2,32. Angka rentang terbawah adalah Kabupaten Lombok Tengah dan tertinggi di Kabupaten Dompu yang mencapai 2,32 persen per tahun. Tingginya angka laju pertumbuhan Penduduk di Kabupaten Dompu tersebut dapat dipahami dan mengandung kewajaran karena selain pertumbuhan Penduduk alami, Kabupaten Dompu menjadi daerah penerima transmigrasi.

Selain bersumber dari Sensus Penduduk, data kependudukan dapat diperoleh dari survei lain yang dilaksanakan oleh BPS seperti Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) atau Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas). Melalui Susenas, secara rutin Penduduk NTB bisa diketahui. Pada tahun 2004 jumlah Penduduk NTB berdasarkan Susenas, mencapai 4.076.040 orang dan terus bertambah menjadi 4.257.306 orang pada tahun 2006. Jika membandingkan jumlah penduduk

dan pertumbuhannya antar kabupaten/kota dalam kurun waktu tahun 2004 – 2006 dapat diketahui bahwa Kabupaten Lombok Timur merupakan kabupaten yang paling banyak penduduknya yaitu sebanyak 1.027.805 orang tahun 2004 dan bertambah menjadi 1.053.347 orang tahun 2006. Sedangkan Kota Bima yang merupakan wilayah pemekaran (pecahan dari Kabupaten Bima) memiliki Penduduk paling sedikit yaitu sekitar 118.164 orang tahun 2004 dan tahun 2006 jumlah penduduknya bertambah menjadi 126.035 orang, masih lebih banyak dibandingkan dengan Kabupaten Sumbawa Barat yang merupakan pemekaran wilayah dari Kabupaten Sumbawa yaitu sebanyak 95.837 orang.<sup>4</sup>

Terkait dengan jumlah penduduk kesehatan, ada baiknya digambarkan jumlah dan sebaran prasarana kesehatan di Propinsi Nusa Tenggara Barat. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi NTB, diterangkan ada sebanyak 11 Rumah Sakit yang melayani penduduk NTB yaitu sebagai berikut:

<b>Nama Rumah Sakit</b>	<b>Jenis Tipe</b>	<b>Alamat</b>
RSU Praya	RSU C	Jl Basuki Rahmat No.11 Praya
RSU Dr R Sudjono	RSU C	Jl Prof M Yamin, SH Selong
RS Kusta Sepolong	RS	Sepolong Kab Lombok Timur
RSU Sumbawa Besar	RSU C	Jl Garuda No.5 Sumbawa Besar
RSU Dompu	RSU D	Jl Teuku Umar Dompu
RSU Raba	RSU C	Jl Langsung No.1 Raba Kab Bima
RS Kusta Panda	RS	Panda Kec Belo Kab Bima
RSU Mataram	RSU B	Jl Pejanggih No.6 Mataram
RS Islam Siti Hajar	RS	Pajang Selatan Mataram
RS Sint Antonius Ampenan	RS	Jl Koperasi 61 Ampenan
RS Jiwa Mataram	RS B	Jl A Yani I Selagalas Mataram

Sumber: Dinas Kesehatan NTB, 2009.

Ada kecenderungan bahwa masalah kesehatan dan rawan gizi/busung lapar pernah menjadi catatan penting daerah NTB yang penyebabnya bisa jadi terkait dengan masalah kultural dan ekonomi seperti kurang pedulinya terhadap pola asuh dan pemberian makan yang sehat terhadap anak dan balita, selain persoalan tingkat kemiskinan dan keadaan lahan yang kurang subur dan kurang kreatif dalam pengadaan pangan. NTB adalah di antara provinsi yang paling buruk catatan pembangunannya dalam bidang kesehatan. NTB adalah di antara provinsi yang paling tinggi rekor jumlah kematian ibu dan bayinya di Indonesia. Masalah kesehatan ini sangat mendesak untuk mendapatkan perhatian untuk meningkatkan salah satu elemen penentu kualitas sumber daya manusia NTB. Kedua, hal penting lain yang sangat mendesak adalah masalah pendidikan. NTB termasuk memiliki catatan buruk mengenai tingkat buta huruf di Indonesia. Gubernur harus memiliki rencana terstruktur dan terukur untuk memperbaiki lemahnya sumber daya manusia NTB yang sangat tidak kompetitif dibandingkan dengan saudara-saudara mereka dari provinsi lain.<sup>5</sup>

Propinsi NTB telah melakukan berbagai upaya untuk mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi, namun hingga saat ini Angka Kematian Ibu dan Bayi masih merupakan

4 Lihat situs [ntb.bkkbn.go.id/download.php?type=d&datid=19](http://ntb.bkkbn.go.id/download.php?type=d&datid=19)

5 <http://www.sasak.org/kolom/buni-yani/362-mengawal-gubernur-ntb-terpilih.html>

masalah. Salah satu penyebab masalah tersebut adalah masalah yang dikenal dengan istilah tiga terlambat (terlambat membuat keputusan untuk merujuk ibu hamil, terlambat dalam penyediaan alat transportasi dan terlambat memperoleh pertolongan medis yang tepat) dan empat terlalu (terlalu muda, terlalu sering, terlalu dekat jaraknya, terlalu tua hamil).

Perlu ada upaya peningkatan partisipasi masyarakat melalui Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Ibu Anak (KIA) dengan membentuk sistem kesiagaan masyarakat. Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA merupakan strategi untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi melalui peningkatan peran serta masyarakat dalam menolong diri mereka sendiri jika terjadi kegawatdaruratan terkait kehamilan dan persalinan dari aspek non- klinis. Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA dikembangkan dalam rangka menanggapi fakta-fakta berikut ini:

1. Tingginya persentase kematian maternal yang terjadi dalam waktu 2 jam, saat dan setelah persalinan.
2. Sebagian besar kematian maternal berhubungan dengan “tiga terlambat “. Terlambat membuat keputusan untuk merujuk ibu hamil, terlambat dalam penyediaan alat transportasi dan terlambat memperoleh pertolongan medis yang tepat.
3. Tingginya persentase kematian maternal karena perdarahan. Kehamilan dan persalinan masih dianggap sebagai hal alamiah yang terjadi pada setiap perempuan.
4. Kehamilan adalah urusan perempuan saja.

Padahal, 85 % kematian maternal bisa dihindari karena: Tiga terlambat merupakan masalah yang terkait dengan masalah teknis dan perilaku sosial budaya masyarakat.

1. Masih banyak mitos dan tabu yang terkait dengan kehamilan dan persalinan yang perlu diluruskan.
2. Kehamilan dan persalinan seharusnya bukan hanya urusan perempuan tetapi juga merupakan urusan keluarga dan menjadi perhatian umum masyarakat/publik.

Memperhatikan fakta-fakta tersebut, setiap orang: suami si ibu hamil, tetangganya si ibu hamil, masyarakat sekitar/ tokoh-tokoh agama, bidan, fasilitas kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit), sebenarnya bisa membantu ibu hamil dengan mengambil peran masing-masing. Namun kita tidak tahu apa yang bisa kita lakukan untuk menurunkan angka kematian maternal dan peran apa yang bisa kita lakukan dalam menyelamatkan nyawa ibu hamil tersebut. Jadi, pada prinsipnya, kita bisa mengambil peran dalam menyelamatkan nyawa seorang ibu hamil dengan mempromosikan Perencanaan Persalinan dan Kesiagaan menghadapi komplikasi.<sup>6</sup>

## TEMUAN LAPANGAN

Pada tahun 2008 Departemen Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan baru dalam program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin(Jamkesmas). Kebijakan baru ini terkait

dengan penyaluran dana (pembayaran) langsung (4,6 triliun) untuk 76,4 juta jiwa masyarakat miskin dari kantor Perbendaharaan Kas Negara (KPKN) Departemen Keuangan langsung ke Rumah Sakit melalui Bank yang ditunjuk, dimana prosedur sebelumnya pembayaran melalui PT. Asuransi Kesehatan (ASKES).

Dirjen Bina Pelayanan Medik Depkes dari Farid .W.Huseni menengaskan bahwa Depkes telah mengeluarkan Surat Edaran (SE) Dirjen Bina Yanmedik NO.JP.01.01/I/289/2008 tanggal 31 Januari 2008 yang menyatakan bahwa Rumah Sakit penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat miskin diseluruh Indonesia diinstruksikan tetap memberikan pelayanan kesehatan miskin seperti tahun sebelumnya dengan jaminan pembiayaan dari Departemen Kesehatan.

Selanjutnya untuk jaminan kelancaran pelayanan Askeskim tahun 2008 Menkes juga menerbitkan Surat Edaran NO.115/Menkes/II/2008 tanggal 4 Februari 2008 yang ditujukan kepada seluruh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan para Direktur Rumah Sakit di seluruh Indonesia yang isinya bahwa program pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Rumah Sakit tahun 2008 tetap dilaksanakan dan dibiayai dari Dana Bantuan Sosial yang bersumber dari Pemerintah dan bukan merupakan dana retribusi pelayanan kesehatan.

Program Jamkesmas secara normatif adalah setiap orang miskin dan tidak mampu, yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Apabila jumlah peserta Jamkesmas yang ditetapkan Bupati /Walikota jumlah kouta yang di tetapkan Menkes/ Depkes, maka menjadi tanggung jawab Pemda setempat.

Dengan di keluarkannya Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) tahun 2008, maka jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin telah menjadi agenda besar dalam mengupayakan pemenuhan hak warga Negara untuk dapat hidup sehat. Akan tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa kebijakan tersebut tidak selalu sama dengan apa yang diharapkan, contohnya sulitnya masyarakat miskin untuk mendapatkan akses informasi yang jelas dan transparan terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas).

## **PEMBAHASAN**

### **Persoalan Kartu Jamkesmas**

Belum semua Maskin (masyarakat miskin) seperti pengangguran, pendatang tanpa KTP/ KIPEM (Kartu Tanda Penduduk/Kartu Identitas Penduduk Musiman), pemulung, tuna wisma memiliki kartu Jamkesmas. Seperti halnya juga penduduk yang memiliki kartu Asakeskin, tidak otomatis mendapat pembagian kartu Jamkesmas.

Alasannya antara lain pihak-pihak kelurahan, dan RT/RW tidak/luput memasukan nama-nama Maskin yang berhak, Askes belum mencetak semua kartu, Maskin pun dinilai cenderung belum memahami haknya sebagai warga negara yang dilindungi oleh konstiusi dan penegakkan HAM perlindungan kelompok rentan, selain itu masih ada masyarakat yang menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) untuk berobat, karena tidak mendapatkan kartu Jamkesmas dan ada yang diperlakukan sebagai pasien umum (wajib membayar) jika ingin mendapatkan pelayanan di puskesmas atau rumah sakit.

Persoalan kartu Jamkesmas juga terkait oleh gejala warga miskin yang luput dijangkau pada saat pendataan (baik sengaja atau tidak sengaja). Selain itu kecenderungan longgarnya kriteria

kantor kelurahan menerbitkan SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan/Jamkesmas, sehingga dipergunakan oleh pihak yang bukan berhak (warga mampu), turut menghabiskan jatah/alokasi bagi pasien tidak mampu.

### **Rendahnya Kunjungan Pasien**

Rendahnya *visite- rate*/kunjungan tidak mampu ke puskesmas antara lain karena ketiadaan biaya transport ibu hamil dan anggota keluarga miskin ke puskesmas, kekhawatiran akan ditolak oleh puskesmas, tidak adanya *spanduk/poster/leaflet/standing banner* pelayanan Jamesmas bagi Maskin. Mereka yang tidak mendapatkan informasi pelayanan kesehatan gratis cenderung mengandalkan obat warung atau memilih berobat tradisional yang tidak menetapkan tarif pembayaran (dukun, batu ajaib Ponari, paranormal, tukang pijat, sinshe, dll).

Belum semua warga miskin ketika sakit sedang dan berat ditolong tenaga kesehatan profesional karena Maskin tidak mau dirujuk ke puskesmas karena mendengar cerita pelayanan yang buruk dan kurang ramah. Petugas dinilai cenderung belum optimal dalam menjalankan tugas sesuai kompetensi.

### **Kendala Obat dan Ragam Kebutuhan Pasien**

Penyediaan obat ternyata menjadi kendala dalam pemberian pelayanan terhadap pasien yang memiliki kartu jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas). Hal ini diakibatkan keterbatasan obat-obatan yang dijamin oleh Jamkesmas. seringkali obat-obatan yang dibutuhkan pasien miskin tidak termasuk dalam daftar obat-obatan yang tercover dalam Jamkesmas. Tidak adanya obat-obatan tertentu dalam daftar klaim Jamkesmas menjadikan tidak ada biaya penggantian atau klaim dari pemerintah. Karena itu, upaya pengadaan obat-obatan tertentu itu tidak mudah dan hal serupa terjadi juga pada peralatan medis. Selain itu ada juga kendala tidak ada tenaga dokter ahli di puskesmas/rumah sakit, terbatasnya obat bermutu dan terbatasnya jumlah tempat tidur untuk pasien rawat inap.

Hal itu terjadi antara lain karena menurunnya jumlah dana pelayanan maskin atau belum dicarikannya dana tersebut dari Dinas Kesehatan/Pemda ke puskesmas/rumah sakit. Dampaknya masyarakat miskin diminta memberi jaminan keuangan dan menjadi tidak mampu membayar pada saat menghadapi tindakan operasi.

### **Lambatnya Pembayaran Klaim**

Pembayaran klaim Jamkesmas juga tergantung pada hasil verifikasi yang dilakukan tim dari Dinas Kesehatan Provinsi. Namun, jumlah tenaga verifikasi yang dimiliki sangat terbatas sehingga proses verifikasi membutuhkan waktu lama. Pada akhirnya, lamanya proses verifikasi berimbas pada mundurnya waktu pengajuan klaim. pihak RS tidak dapat mengajukan klaim Jamkesmas sebelum melalui proses verifikasi.

Ada beberapa tunjangan seperti Jamkesmas dan tunjangan profesi yang kurang lebih satu tahun ini tidak dibayar. Padahal itu adalah hak paramedis, dokter dan rumah sakit sebagai penyedia jasa pelayanan kesehatan. Dengan tidak dibayarnya berbagai tunjangan tersebut, maka

pihaknya berinisiatif untuk melakukan pemboikotan terhadap sebagian aktifitas yang berada di lingkungan Rumah Sakit, hingga tuntutan mereka berhasil. Walaupun jika emergensi yang terkait dengan pembedahan maka pelayanan seperti itu akan dilakukan. Kalau operasi itu direncanakan oleh petugas RSUD maka akan menunda sambil mengontrol perkembangan pasiennya, tetapi kalau keadaan pasien emergensi maka harus dioperasi, sebab ini menyangkut keselamatan orang.

### **Membludaknya Pasien Jamkesmas**

Kadangkala ada kondisi banyak pasien yang terpaksa menjalani perawatan di selasar puskesmas dan Rumah Sakit (RS), apalagi jika ada wabah endemi atau pandemi. Membludaknya pasien Jamkesmas, terkait juga dengan sosialisasi program kesehatan gratis. Sementara itu jumlah pasien yang bisa ditampung di puskesmas dan rumah sakit daerah cenderung belum sebanding. Hal ini merupakan dilema yang harus ditanggung pihak RS.

Apapun yang terjadi pihak RS dilarang untuk menolak pasien, sementara untuk menyiapkan tempat bukan sesuatu yang mudah. Untuk penambahan ruangan, kata dia, tidak cukup hanya dengan menyediakan tempat, tetapi harus disertai kesiapan peralatan sampai kesiapan sumber daya manusia (SDM). Oleh karena itu, untuk meningkatkan pelayanan kepada keluarga miskin (Gakin) pihak puskesmas dan rumah sakit daerah meminta kesabaran pihak Gakin dan media massa. Hal itu perlu dilakukan secara bertahap karena melibatkan berbagai persoalan ruang, peralatan, kualitas obat dan ketersediaan paramedis/dokter yang bersifat kompleks pengadaannya.

Adanya rumah sakit yang kelebihan kuota pelayanan Jamkesmas bagi Maskin, karena tingginya minat untuk berobat gratis, juga ada kasus keluarga non miskin menggunakan/mendapatkan kartu Jamkesmas ada Maskin yang langsung berobat ke Rumah Sakit tanpa melalui rujukan puskesmas.

### **Penyederhanaan *Entry Database* & Prosedur Klaim**

Pembayaran klaim jasa pelayanan Jamkesmas oleh Puskesmas dan RSUD itu berdasarkan permintaan dari setiap SKPD/tim verifikasi independen dan dibayarkan berdasarkan permintaan SKPD. Itu pun harus melalui administrasi yang lengkap. Hal ini juga dikeluhkan pihak RSUD dalam pengisiannya selain rumit, juga perlu mengentry data base sebanyak dua kali dengan program komputer yang berbeda.

### **Masyarakat Takut Berobat & Gejala *Free Rider***

Masyarakat masih ada yang takut berobat ke puskesmas atau rumah sakit karena tidak memiliki dana dan tidak mendapatkan kartu Jamkesmas/Jamkesda. Bahkan ada warga yang tidak mampu, dengan terpaksa berobat dengan membayar dari kantong sendiri ketika kondisi kesehatan tidak membaik, dan membeli obat bebas di warung. Selain itu ada kasus masyarakat tidak mampu tersebut tidak sempat membuat kartu Jamkesmas dan terpaksa mereka berobat ke rumah sakit swasta. Dengan indikasi ini, secara konseptual Jamkesmas/Jamkesda sudah bagus,

tetapi pelaksanaannya masih kurang.

Memang ada kasus kecil gejala *Free Rider* atau penumpang gelap berupa penyimpangan atau penyalahgunaan peruntukkan Jamkesmas/Jamkesda ketika ada kejadian seseorang dari kelompok mampu yang memanfaatkan kartu jamkesmas dengan membayar Rp 1 juta untuk mendapatkan kartu Jamkesmas. Hal itu setelah diselidiki ternyata dilakukan karena biaya berobat yang harus ditanggung nilainya mencapai Rp. 20 juta. Jadi pihak orang yang mampu itu lebih untung membayar Rp1 juta untuk dapat kartu Jamkesmas.

Seharusnya, jika keuangan negara memungkinkan, ada kerjasama dengan pihak perusahaan asuransi sehingga asuransi kesehatan itu bisa diperuntukkan bagi seluruh warga negara, miskin ataupun berkecukupan. Pasalnya hasil riset mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mengungkapkan sebanyak 83% pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami pemiskinan dan menjual harta benda yang dimilikinya. Pasien program Jamkesmas yang dirawat sebanyak 25% dan rawat jalan 12,9%.<sup>7</sup>

Hasil riset mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mengungkapkan sebanyak 83% pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami pemiskinan dan menjual harta benda yang dimilikinya. Untuk itu, asuransi kesehatan seharusnya menjangkau seluruh warga. Terlebih lagi, pelaksanaan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin (Askeskin) yang diubah menjadi jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) belum sesuai harapan. Pasien program jamkesmas yang dirawat sebanyak 25% dan rawat jalan 12,9%. Itu artinya masih banyak masyarakat yang takut berobat ke puskesmas atau rumah sakit. Bahkan ada warga yang tidak mampu berobat dengan membayar dari kantong sendiri.

Selain itu, akibat asuransi kesehatan tidak menjangkau semua level masyarakat, ada orang kelompok mampu yang memanfaatkan kartu jamkesmas, misalnya, mereka membayar Rp 1 juta untuk mendapatkan kartu jamkesmas, karena ternyata biaya berobat yang harus ditanggung mereka nilainya Rp 20 juta.

### **Jamkesmas Relatif Berhasil Namun Perlu Penyempurnaan**

Dengan bergulirnya Jamkesmas/Jamkesda, Angka kematian ibu Indonesia (AKI) mengalami penurunan. Bila pada 2004, AKI sebesar 307 per 100 ribu kelahiran hidup, pada 2008 turun menjadi 228 per 100 ribu kelahiran hidup. Hal ini dinilai sebagai keberhasilan, walaupun angkanya tidak atau belum begitu signifikan. Pasalnya masih banyak ibu hamil yang tidak memeriksakan diri ke puskesmas dan rumah sakit. Proses kelahiran mereka masih banyak ditangani dukun bayi.

Kendala utama selain segi geografis, mereka menghadapi persoalan finansial. Padahal para ibu hamil di Srilanka terbiasa memeriksakan diri ke rumah sakit. Pasalnya mereka mengetahui

---

<sup>7</sup> Lihat Media Indonesia, Selasa, 06 Januari 2009. Informasi ini diberikan oleh Guru Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM-UI) Hasbullah Thabrany pada diskusi bulanan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) yang bertema Revolusi Pemenuhan Hak Rakyat untuk Sehat di Tahun Pemilu, di Jakarta, Selasa (6/1/2009).

bahwa berobat ke rumah sakit gratis. Di Indonesia ibu melahirkan yang tangani dukun/peraji atau tenaga pengobatan non paramedis masih tinggi terutama di Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, dan Papua Barat. Untuk kasus Nusa Tenggara Barat, Dinas Kesehatan dan dokter Puskesmas, memberikan bonus atau uang transport kepada dukun bayi, jika ia mau mengantarkan ibu mau melahirkan untuk ditangani pihak profesional. Maklum angka kematian ibu dan bayi cukup tinggi.

### **Perlunya Sistem Nasional Pembiayaan Kesehatan**

Ketua Umum IDI Fachmi Idris mengatakan untuk menuju Indonesia yang lebih sehat, sistem layanan kesehatan individu yang berstruktur harus dibenahi termasuk pembiayaan kesehatan. Hal itu juga mengantisipasi pelaksanaan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Pembenahan sistem perlu dan harus dilakukan mulai dari unit pelayanan kesehatan individu di puskesmas. Revitalisasi puskesmas yang memungkinkan adalah pendekatan keluarga yang mampu menyajikan pelayanan kesehatan dan kedokteran keluarga bermutu. Oleh karena itu, perlu Unit Layanan Kesehatan Keluarga (ULKK). Apabila sistem ULKK berjalan baik, kasus-kasus spesialistik dapat dideteksi secara baik sejak awal.

## **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

### **KESIMPULAN**

Program Jamkesmas relatif berhasil membantu masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis atau cuma-cuma dalam konteks penegakkan dan perlindungan HAM, namun masih memerlukan penyempurnaan agar manfaatnya lebih signifikan dan optimal. Ada beberapa kendala dan persoalan yang memerlukan pemecahan jalan keluar antara lain:

1. Distribusi kartu Jamkesmas ada yang belum tepat sasaran: belum semua Miskin (masyarakat miskin) seperti pengangguran, pendatang tanpa KTP/KIPEM (*Kartu Tanda Penduduk/Kartu Identitas Penduduk Musiman*), pemulung, tuna wisma bisa memiliki kartu Jamkesmas.
2. Kendala Obat dan Ragam Kebutuhan Pasien: keterbatasan obat-obatan yang dijamin oleh Jamkesmas dan yang dibutuhkan pasien miskin tidak termasuk dalam daftar obat-obatan yang tercover dalam Jamkesmas. Tidak adanya obat-obatan tertentu dalam daftar klaim Jamkesmas menjadikan tidak ada biaya penggantian atau boleh klaim kepada Depkes/Dinkesda. Terbatasnya obat bermutu menjadi dilema bagi RSUD.
3. Ada juga kendala tidak ada tenaga dokter ahli di puskesmas/rumah sakit selain dokter umum, perawat, dan terbatasnya jumlah tempat tidur untuk pasien rawat inap.

Alasan terjadinya salah sasaran antara lain pihak-pihak kelurahan, dan RT/RW tidak/luput memasukan nama-nama Maskin yang berhak, Askes/Dinas Kesehatan belum mencetak semua kartu sesuai jumlah kuota Maskin penerima yang ada.

1. Dana Jamkemas untuk masyarakat miskin tata cara pembayarannya langsung ditransfer oleh Dinkes ke nomor rekening Puskesmas/RSUD, yang penggunaannya untuk klaim biaya pengobatan dan tindakan medis.
2. Dana Jamkemas tersebut baru bisa dicairkan, ditransfer dan digunakan puskesmas, rumah sakit umum daerah, rumah sakit rujukan nasional, apabila administrasinya sudah dilengkapi dan diverifikasi oleh tim independen.
3. Klasifikasi pelayanan kesehatan Jamkesmas pada prinsipnya hanya dibatasi atau disediakan bagi pemegang kartu Jamkesmas. Hal yang ditanggung antara lain pengadaan obat, alat kesehatan sekali habis pakai (serum, injektor, infus, dll. ), diagnosis, pengadaan kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dan rawat inap. Kemudian pelayanan yang tidak dijamin Jamkesmas yakni prosedur tidak sesuai kriteria, pengobatan gigi, bahan tindakan kosmetik (bedah plastik), *general chek-up*, prastesis (gigi palsu), bayi tabung, bakti sosial dan bencana alam.
4. Tiap tahun prosedur/petunjuk pelaksanaan Jamkesmas mengalami perubahan dan pemerintah belum mengeluarkan pedoman pelaksanaan Jamkesmas 2009, maka untuk sementara waktu pihak terkait mengacu pada pedoman tahun sebelumnya.
5. Prosedurnya yaitu peserta harus dapat menunjukkan kartu sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan. Terkait dengan kasus kegawatdaruratan (*emergency*) bila peserta tidak dapat menunjukkan kartu peserta sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, yang bersangkutan diberi waktu maksimal 2 x 24 jam hari kerja untuk mengambil kartu tersebut. Peserta Jamkesmas juga harus membawa rujukan dari Puskesmas asal dan akan mendapatkan hak perawatan pada ruang perawatan kelas III dengan pelayanan obat yang diberikan sesuai dengan *formularium* yang ditetapkan oleh Dinkes.
6. Setiap Kartu Jamkesmas harus sama dengan database yang ada dalam komputer induk di RSUD. Prosedur pelayanan ini dimaksudkan untuk memberikan kejelasan pelayanan kepada warga masyarakat terutama bagi keluarga miskin yang membutuhkan pelayanan kesehatan, tetapi sebaliknya bisa berpotensi mengabaikan hak kesehatan bagi masyarakat miskin.
7. Ada persoalan dilapangan ketika masyarakat miskin yang dianggap dan merasa berhak namun tidak memiliki kartu Jamkesmas sehingga tidak bisa dilayani oleh puskesmas dan rumah sakit umum. Sehingga terjadilah pengabaian kewajiban negara karena persoalan administrasi/kartu Jamkesmas yang diakui.
8. Persoalan kartu Jamkesmas juga terkait oleh gejala warga miskin yang luput dijangkau pada

saat pendataan (baik sengaja atau tidak sengaja). Selain itu kecenderungan longgarnya kriteria lurah menerbitkan Surat Keterangan Tidak Mampu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan/Jamkesmas, sehingga dipergunakan oleh pihak yang bukan berhak (warga mampu), turut menghabiskan jatah/alokasi bagi pasien tidak mampu.

9. Dengan bergulirnya Jamkesmas/Jamkesda, Angka Kematian Ibu (AKI) mengalami kecenderungan penurunan. Bila pada tahun 2004, AKI sebesar 307 per 100 ribu kelahiran hidup, pada tahun 2008 turun menjadi 228 per 100 ribu kelahiran hidup. Kendala yang dihadapi Jamkesmas di NTB misalnya adalah masih banyak ibu hamil yang tidak memeriksakan diri ke puskesmas dan rumah sakit karena menghadapi persoalan finansial. Proses kelahiran mereka masih ditangani dukun bayi. Untuk itu pihak RS, Dinas Kesehatan dan dokter puskesmas akan membayarkan uang transport jika ada dukun bayi yang menghantarkan ibu mau melahirkan yang bermasalah untuk ditangani secara profesional oleh RSUD.

Respon masyarakat miskin terhadap program Jamkesmas/Jamkesda:

1. Maskin atau Masyarakat Miskin secara umum dinilai cenderung belum memahami haknya sebagai warga negara yang dilindungi oleh konstitusi dan penegakkan HAM untuk mendapatkan jaminan kesehatan. Mereka cenderung pasrah dan pasif menerima keadaan yang ada.
2. Ada harapan warga Maskin agar pelayanan tenaga medis di Puskesmas dan rumah sakit pemerintah perlu semakin baik, tulus, ramah dan bertanggung jawab.
3. Dari sekian banyak masyarakat miskin yang pasif, pelayanan kesehatan yang diberikan melalui program tersebut belum memadai, karena birokrasi yang rumit dan perilaku diskriminatif oleh rumah sakit.
4. Rendahnya *visite- rate*/kunjungan tidak mampu ke puskesmas antara lain karena ketiadaan biaya transport ke puskesmas, kekhawatiran akan ditolak oleh puskesmas, tidak adanya spanduk/poster/leffet pelayanan Jamesmas bagi Maskin, mengandalkan obat warung, Maskin memilih berobat tradisional yang tidak menetapkan tarif pembayaran (dukun, paranormal, sinshe).
5. Ada keluhan pasien Maskin bahwa ada kecenderungan obat dan alat bantu kesehatan yang mereka dapatkan di Puskesmas hampir sama, ketika mereka dirujuk ke RSUD.

## REKOMENDASI

Catatan untuk Departemen Kesehatan RI agar meneruskan upaya komprehensif untuk menuju Indonesia yang lebih sehat, sistem layanan kesehatan individu yang berstruktur harus dibenahi termasuk pembiayaan kesehatan. Untuk direkomendasikan adanya institusi yang bisa mengelola asuransi kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Untuk itu perlu alokasi APBN

dan APBD untuk pembiayaan jaminan asuransi penduduk dan perusahaan asuransi sebagai penjaminnya.

Bagi Departemen Kesehatan RI dan Dinas Kesehatan perlu upaya peningkatan media promosi kepesertaan dan jenis pelayanan oleh para-pihak (Depkes, Dinkes, LSM Kesehatan). Pihak terkait seperti Depkes dan Dinas Kesehatan daerah perlu terus meneruskan sosialisasi tentang kepesertaan maskin untuk dijamin mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan rujukan ke rumah sakit umum daerah hingga ke tingkat nasional. Peningkatan sosialisasi tentang pelayanan maskin kepada masyarakat perlu diperbaiki jumlah dan mutunya dengan menggunakan media massa, spanduk, leaflet dan brosur ke lokasi terkait.

Bagi kelurahan, RT dan RW, sosialisasi tentang kriteria maskin dalam pertemuan lintas sektor perlu dikoordinasikan lebih mendalam. Pengaturan pendataan soal orang, waktu dan biaya. Pengaturan kembali strategi pendataan maskin sehingga tidak salah sasaran dan disalahgunakan, selama anggaran nasional dan daerah tidak bisa diperuntukkan optimal untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat secara cuma-cuma. Peningkatan mutu pelayanan puskesmas dan rumah sakit umum perlu diperkuat dengan menjadikannya sebagai 'rumah sehat' yang nyaman, ramah maskin dan non maskin, kecukupan tempat tidur untuk rawat inap, kesesuaian obat sesuai tingkatan penyakit dengan memberikan keleluasan paramedis menggunakan obat bermutu sesuai dengan kondisi pasien.

Bagi PT ASKES dan Dinas Kesehatan Daerah, perlu perampingan dan penyederhanan prosedur klaim oleh Puskesmas dan Rumah Sakit, sehingga kepastian tepat waktu pembayaran dari anggaran kesehatan nasional Depkes maupun APBD/Dinas Kesehatan. Pelatihan bendaharawan Jamkesmas di beberapa Puskesmas/RSUD relatif masih diperlukan tentang penggunaan dana, verifikasi dan prosedur klaim lainnya.

Bagi Puskesmas, diharapkan bisa melayani penduduk migrasi kerja musiman atau tuna wisma dalam kategori masyarakat miskin yang tidak masuk dalam kuota Jamkesmas/Jamkesda sebaiknya juga bisa mendapatkan pelayanan kesehatan gratis yang bermutu dengan kuota *blockgrant*.

Bagi Puskesmas, warga yang pernah mendapatkan kartu Askeskin dan SKTM dalam keadaan sakit berat/darurat sebaiknya bisa otomatis mendapatkan pelayanan maksimal meskipun tidak membawa kartu Jamkesmas/Jamkesmas.

Untuk Dinas Kesehatan Daerah, pengelolaan Jamkesda disarankan melibatkan perusahaan reasuransi atau Pemda dalam hal ini Dinas Kesehatan sebaiknya mendirikan perusahaan asuransi kesehatan daerah sendiri yang bekerja sama dengan perusahaan reasuransi nasional, dengan alokasi khusus dari APBD, sehingga idealnya baik pasien Maskin dan non-Maskin bisa memperoleh pemenuhan dasar pelayanan kesehatan kapan pun dalam kondisi apapun.

Bagi DPR RI dan Kementerian kesehatan, diharapkan mampu merancang politik anggaran nasional dan daerah bidang kesehatan masyarakat yang bisa menjamin agar rumah

sakit dan dokter umum praktik, wajib berpihak untuk menolong siapapun yang sakit sedang dan parah untuk dirawat dan disembuhkan secara optimal tanpa diskriminasi kaya dan miskin. Untuk itu perlu program asuransi kesehatan nasional, seperti yang diberlakukan negara Jerman dan Australia.

### DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan, [www. Depkes.go.id](http://www.Depkes.go.id).

Pusat Komunikasi Publik, Setjen Depkes: [puskom.depkes@gmail.com](mailto:puskom.depkes@gmail.com), [puskom.publik@yahoo.co.id](mailto:puskom.publik@yahoo.co.id)

Media Indonesia, Selasa, 06 Januari 2009.

Info Nusa Tenggara Barat, tanggal 19 August 2009.