

PROFIL PASIEN JAMKESMAS YANG MENJALANI OPERASI DI SMF BEDAH BLU RSU PROF.R.D KANDOU PERIODE AGUSTUS 2012 SAMPAI OKTOBER 2012

¹Eldy Wuwung
²Maximilian Oley
²Jan T. Ngantung

¹Kandidat Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado

²Bagian Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado

Email: eldywhu@yahoo.co.id

Abstract: Poverty is still a major problem for Indonesia. The increase in poverty has impact on health services. As per the declaration of Human Rights by the United Nations (1984) and the Indonesian Constitution (UUD 1945) Article 28, that health is a fundamental right of all individuals and all citizens are entitled to health care, including the poor. Based on that, Ministry of Health, since 2005, been implementing programs Health Insurance for the Poor (JPKMM) or AKESKIN (2005-2007) and turned into a Public Health Insurance program (JAMKESMAS) since 2008 until now. Constraints on JAMKESMAS implementation including: the number of new births, deaths, moving, changes in socio-economic level, and target users JAMKESMAS improper. This was a descriptive retrospective study through household surveys Jamkesmas card users who underwent surgery at the Surgical SMF period August to October 2012, using the criteria JAMKESMAS acceptors. Samples were 25 respondents, based on criteria established by the government through the Central Bureau of Statistics, the criteria Jamkesmas recipients must meet all the minimum criteria specified. The results showed that overall 25 samples (100%) did not meet the criteria for receiving medical treatment. Of the total sample, none are eligible to receive JAMKESMAS, so it can be concluded that the use of Jamkesmas in North Sulawesi many are not on target, with the number of citizens who are not eligible to use Jamkesmas for treatment.

Keywords: the poor, Jamkesmas, criteria of the poor.

Abstrak. Kemiskinan masih merupakan masalah utama bagi bangsa Indonesia. Peningkatan penduduk miskin berdampak pada pelayanan kesehatan yang harus dipenuhi. Sesuai deklarasi Hak Asasi Manusia oleh PBB (1984) dan UUD 45 pasal 28, bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin. Berdasarkan hal tersebut Kementerian Kesehatan sejak 2005 telah melaksanakan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) atau AKESKIN (2005-2007) dan berubah menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) sejak tahun 2008 sampai sekarang. Kendala penyelenggaraan JAMKESMAS diantaranya: banyaknya kelahiran baru, kematian, pindah tempat tinggal, perubahan tingkat sosial ekonomi, dan sasaran pengguna JAMKESMAS yang tidak tepat. Penelitian bersifat *Deskriptif retrospektif*, melalui survey rumah tangga pengguna kartu Jamkesmas, yang menjalani operasi di SMF Bedah periode Agustus-Oktober 2012, menggunakan kriteria penerima JAMKESMAS. Penelitian melibatkan 25 responden sampel,

berdasarkan kriteria yang ditetapkan oleh pemerintah melalui data Badan Pusat Statistik, kriteria penerima Jamkesmas harus memenuhi minimal semua kriteria ditentukan, dan hasil yang diperoleh: Keseluruhan 25 sample (100 %) tidak memenuhi kriteria penerima Jamkesmas. Dari keseluruhan sampel, tidak satupun yang memenuhi syarat menerima JAMKESMAS, sehingga dapat disimpulkan bahwa penggunaan Jamkesmas di Sulawesi Utara banyak yang tidak tepat sasaran, dengan banyaknya penduduk yang tidak berhak menggunakan Jamkesmas untuk berobat.

Kata kunci – Masyarakat Miskin, Jamkesmas, kriteria masyarakat miskin.

Kemiskinan masih merupakan masalah utama bagi bangsa Indonesia. Untuk membedakan antara penduduk miskin dan bukan miskin digunakan batas yang disebut *garis kemiskinan*. Garis kemiskinan dinyatakan dalam nilai rupiah dimana seseorang dapat memenuhi kebutuhan minimum makanan dan bukan makanan. Penduduk yang pengeluaran konsumsinya dibawah garis kemiskinan dikategorikan sebagai penduduk miskin.^{1,2}

Selama periode 1970-1996, jumlah penduduk miskin di Indonesia mengalami penurunan secara cepat, dari 70,0 juta orang menjadi 22,5 juta orang. Selama periode tersebut persentase penduduk miskin juga menurun cepat dari 60 persen menjadi 11,34 persen. Jumlah dan persentase penduduk miskin kembali meningkat pada tahun 1998 karena krisis ekonomi pada saat itu. Seiring dengan perbaikan ekonomi di Indonesia persentase penduduk miskin berangsur-angsur menurun. Kenaikan harga bahan bakar minyak pada tahun 2005 telah memicu kenaikan jumlah dan persentase penduduk miskin pada tahun 2006.^{1,3-5} Jumlah penduduk miskin di Indonesia menurut provinsi pada bulan Juli 2005 dan bulan Maret 2007, meningkat dari 36,8 juta orang menjadi 37,2 juta orang.^{3,6}

Di Sulawesi Utara sendiri menurut Badan pusat statisik dan BPS Sulawesi Utara, sampai bulan Juli 2005 berjumlah 201.500 orang tersebar di perkotaan dan di pedesaan, dan mengalami peningkatan sampai bulan Maret 2007 sebesar 250.100

orang. Tingkat kemiskinan mengalami penurunan pada Maret 2011 sebanyak 194,90 ribu jiwa atau 8,51 persen dan terus mengalami penurunan pada Maret 2012 sebesar 8,18 persen atau setara dengan jumlah 189,12 ribu jiwa. Dengan kata lain terjadi pengurangan jumlah penduduk miskin hampir 6 ribu jiwa selama periode 1 tahun terakhir atau penurunan tingkat kemiskinan sebesar 0,33 persen.⁷

Deklarasi Universal Hak Azasi Manusia oleh Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) Tahun 1948 (Indonesia ikut menandatangani) dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pada Pasal 28 H, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin, dalam implementasinya dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan Pemerintah dan Pemerintah Daerah.^{8,9}

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 34 ayat 2, yaitu menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, dan terbitnya UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen

yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Karena melalui SJSN sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.⁸⁻¹⁰

Berdasarkan konstitusi dan Undang-Undang tersebut, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, dimulai dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin/JPKMM atau lebih dikenal dengan program Askeskin (2005-2007) yang kemudian berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak tahun 2008 sampai dengan sekarang.^{8,9,11}

Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin atau Askeskin, ditargetkan pada masyarakat miskin dan meningkatkan akses penanganan dan proteksi finansial bagi masyarakat sangat miskin. Askeskin pada awalnya ditargetkan pada masyarakat termiskin yang berjumlah 40 juta orang.^{11,12}

Askeskin pada tahun 2008 dikembangkan meliputi 70 juta orang. Kemudian pada tahun yang sama, Askeskin dimasukkan kedalam Jaminan Kesehatan Masyarakat atau Jamkesmas. Beberapa pemerintahan daerah telah diikutkan sehingga membentuk skema asuransi Jamkesmas yang didasarkan pada daerah (secara khusus disebut Jamkesda) yang meliputi masyarakat hampir miskin atau yang tidak dicakupi dibawah Jamkesmas. Skema-skema ini mengambil bentuk berbeda. Beberapa Jamkesda didesain sebagai perluasan Jamkesmas, dengan sasaran menjangkau populasi tambahan yang mendekati-miskin; skema lain difokuskan pada layanan spesifik, seperti di Yogyakarta, dimana terdapat layanan kesehatan ibu dan anak yang

mencapai 104.500 anak dan wanita hamil, dijangkau dibawah skema daerah.¹¹⁻¹⁵

Di Sulawesi Utara sendiri, total masyarakat miskin mengacu pada data BPS 2008, sebanyak 127.295 kepala keluarga dengan total anggota keluarga sebanyak 485.084 orang, belum termasuk Kabupaten Sitaro, Bolaang Mongondow Utara, Kota Kotamobagu, dan Kabupaten Minahasa Tenggara.⁷

Walau demikian masih banyak terjadi kendala perubahan data di lapangan seperti banyaknya kelahiran baru, kematian, pindah tempat tinggal, perubahan tingkat sosial ekonomi, dan masih terdapatnya penyalahgunaan rekomendasi dari institusi yang berwenang, penyalahgunaan kartu oleh yang tidak berhak, masih ada peserta kesulitan mendapatkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) bagi bayi baru lahir dari peserta Jamkesmas, masyarakat miskin penghuni panti sosial dan lapas/rutan, masyarakat miskin korban bencana pasca tanggap darurat. Pendataan keluarga miskin yang tidak tepat baik dikarenakan adanya unsur KKN maupun ketidaksamaan kriteria kemiskinan yang dipakai untuk menentukan keanggotaan PJKMM ini. Permasalahan tersebut di atas disebabkan masih belum adanya kesamaan persepsi antara Verifikator Independen, Petugas Askes dilapangan dan fasilitas kesehatan. Kendala lain adalah meskipun sasaran kepesertaan 2010 adalah tetap sama 76,4 juta namun demikian banyak daerah yang meminta tambahan kuota dan atau merubah Surat Keputusan Bupati/Walikota yang sudah diterbitkan.^{13,15-17}

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode *descriptive retrospektif*. Subjek penelitian adalah peserta Jamkesmas yang menjalani operasi di SMF Bedah BLU RSUD Prof. R. D. Kandou periode Agustus 2012 sampai Oktober 2012. Dalam penelitian ini, sampel responden diambil secara acak

sebesar 25 sampel yang mewakili cakupan daerah Sulawesi Utara. Ke-25 sampel tersebut telah menjalani tindakan bedah dengan pembiayaan Jamkesmas.

HASIL PENELITIAN DAN BAHASAN

Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan, agar tercapai tingkat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Sasaran dari program ini, adalah masyarakat miskin dan tidak mampu, yang membutuhkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, serta layanan rujukan medis rumah sakit pemerintah dan swasta yang ditunjuk. Kebijakan pemerintah kaitannya dengan pemberian subsidi kesehatan ini banyak memberikan keringanan biaya pengobatan terhadap masyarakat yang tidak mampu, dengan prosedur memberikan pengobatan gratis baik biaya pengobatan, biaya perawatan dan sebagainya. Namun dalam prakteknya, penggunaan Jamkesmas seringkali salah sasaran sehingga masyarakat miskin yang harusnya mendapat jaminan ini tidak memperoleh haknya. Tujuan dari penelitian ini adalah menelusuri pengguna Jamkesmas yang menjalani operasi di Bagian Bedah RSUD Prof. R. D. Kandou, periode Agustus-Oktober 2012, apakah benar-benar layak memperoleh Jamkesmas atau tidak.

Sampel responden diambil berdasarkan daerah tempat tinggal dan dipilih 25 sampel responden dengan kisaran umur terbanyak antara 30-60 tahun, dengan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki sebesar 72 %; berdasarkan tempat tinggal, responden paling banyak diambil dari Kota Manado yaitu sebesar 60

%; tingkat pendidikan responden yang berperan dalam penelitian ini terbanyak adalah SD yaitu sebesar 40 %; pekerjaan responden terbanyak adalah buruh yaitu sebesar 28 %. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan tingkat persaingan rendah dalam dunia kerja, sehingga tingkat pendidikan seringkali dihubungkan dengan tingkat kemiskinan suatu negara. Selain itu lapangan pekerjaan yang sering ditekuni paling banyak adalah buruh atau petani. Lapangan pekerjaan di Indonesia masih sangat tergantung pada tingkat pendidikan, dan hampir selalu dijadikan standar dalam mencari pekerjaan, bukan berdasarkan pengalaman. Jadi tidak mengherankan bila tingkat pendidikan yang rendah identik dengan pekerjaan kasar dengan gaji yang rendah.^{1,2,6} Karakteristik responden berdasarkan bagian penanganan Bedah paling banyak adalah bagian Ortopedi yaitu sebesar 24 %).

Tingginya biaya pengobatan (khususnya tindakan operasi) mungkin menjadi kendala bagi mereka dengan tingkat pendapatan rendah untuk memperoleh penanganan bedah. Bahkan mereka dengan tingkat pendapatan yang lebih baik (pra-sejahtera) dapat menjadi kendala, sehingga tidak ada pilihan lain selain menggunakan bantuan Jamkesmas.

Kebijakan bantuan Jamkesmas diperuntukkan bagi masyarakat miskin dengan tingkat pendapatan perkapita rendah (kriteria hampir miskin, miskin dan dibawah garis kemiskinan). Namun pada tingkat pendapatan perkapita diatas miskin yang tidak mendapat bantuan Jamkesmas, ternyata masih kesulitan mendapat akses penanganan kesehatan yang baik (khususnya tindakan pembedahan). Perlu kebijakan lain dari pemerintah untuk memberikan subsidi sebagian bagi masyarakat yang sudah keluar dari kriteria miskin namun pendapatan perkapita belum cukup untuk perlindungan kesehatan. Untuk itu perlu diperluas cakupan asuransi

kesehatan, bukan hanya untuk warga miskin, melainkan dibangun suatu sistem asuransi sosial kesehatan secara nasional yang mencakup seluruh lapisan masyarakat. Hal ini seperti yang sudah dilakukan di beberapa negara yang sudah maju di bidang kesehatan. Pembayaran berasal dari premi yang ditetapkan berdasarkan tingkat penghasilan tiap orang.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada peserta Jamkesmas yang menjalani penanganan bedah di Bagian Bedah RSUD Prof. R. D. Kandou periode Agustus-Oktober 2012. Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa:

1. Dari 25 sampel responden yang dipilih dalam penelitian ini, semuanya tidak memenuhi kriteria penerima Jamkesmas seperti yang ditentukan oleh BPS.
2. Pemberian Jamkesmas bagi masyarakat miskin, khususnya di Sulawesi Utara, belum sepenuhnya tepat sasaran, dengan banyaknya penduduk yang tidak berhak menggunakan Jamkesmas untuk berobat.
3. Sistem pendataan masyarakat miskin belum baik, sehingga masih sering terjadi salah sasaran pemberian Jamkesmas

DAFTAR PUSTAKA

1. Urip S. Perkembangan jumlah penduduk miskin dan faktor penyebabnya. Badan Pusat Statistik. Jakarta. 2010
2. Wood J., Line D. Old problems, fresh solutions: Indonesia new health regime. Economist intelligence unit. Sept. 2010.
3. Badan Pusat Statistik. Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin, Garis Kemiskinan, Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1), dan Indeks

Bagi masyarakat miskin, preminya dibayar oleh pemerintah, sedangkan yang mampu tentu membayar sendiri sesuai dengan tingkat penghasilannya. Dengan sistem asuransi kesehatan nasional, seluruh potensi finansial masyarakat dapat dihimpun untuk secara kolektif mengatasi biaya kesehatan.

4. Jaminan kesehatan masyarakat belum sepenuhnya mampu mengatasi masalah kesehatan di Indonesia, khususnya masyarakat yang berada diatas garis kemiskinan, yang nyatanya juga belum mampu memperoleh akses kesehatan yang baik dan cenderung masih sangat mahal.

SARAN

1. Perlu pendataan ulang masyarakat tidak mampu dengan menggunakan daftar yang telah ditetapkan oleh BPS, agar benar-benar pembagian kartu Jamkesmas benar-benar memenuhi sasaran.
2. Pemerintah perlu memikirkan cakupan asuransi yang luas untuk penduduk yang tidak layak mendapat Jamkesmas, namun tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan mereka.

Keparahan Kemiskinan (P2) Menurut Provinsi. 2011

4. Hakim AH. Teori dan Pendekatan masalah kemiskinan. 20 Agustus 2009
5. Badan Pusat Statistik. Tingkat kemiskinan di Indonesia 2005-2006. Berita resmi statistik. 1 September 2006.
6. Badan Pusat Statistik. Tingkat kemiskinan di Indonesia 2007. Berita resmi statistik. 1 Juli 2007.

7. Badan Pusat Statistik Provinsi Sulawesi Utara. Kemiskinan di Sulawesi Utara, Maret 2012. No. 38/07/71 Tahun VI, 2 Juli 2012.
8. WHO. The World Health Report 2006: Working Together for Health. Geneva: World Health Organization. 2006.
9. Depkes RI. Pedoman pelaksanaan Jamkesmas 2008. Departemen Kesehatan RI. Jakarta 2008.
10. Surhayadi A., Sumarto S. The chronic poor, the transient poor, and the vulnerability in Indonesia before and after crisis. SMERU working paper. Jakarta. 2001.
11. Sparrow R., Surhayadi A., Widyanti W. Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's askeskin program. Working paper. SMERU research institute. 2010.
12. Depsos RI. Database rumah tangga miskin. Penerima subsidi tunai langsung. Departemen Sosial RI. 2011.
13. Depkes RI. Pedoman pelaksanaan Jakesmas 2011. Departemen Kesehatan RI. Jakarta. 2011.
14. Kurniadi BD. Health insurance in Indonesia: financing Askeskin. Health insurance Indonesia: financing askeskin. 2008. p 1-5
15. MoH. Technical Procedure of Jamkesmas, 2009
16. Riyarto S, Hidayat B. Different impact after different management: the case health insurance for the poor in Indonesia. Gadj Mada University. 2011.
17. Darmawan ES. Optimizing the Effectiveness of Insurance for the Poor in Public Health Program in Indonesia. Presented in 7th European Conference on Health Economics Rome, July 23-26, 2008. Faculty of Economics, University of Rome, "Tor Vergata". 2008.
18. Xu K. Geneva: World Health Organization. Distribution of health payments and catastrophic expenditures: Methodology. Health System Financing (HSF) Discussion Paper. 2005.
19. World Bank. Indonesia health sector review. Pharmaceuticals: why reform is needed. Policy and discussion notes. March 2009.
20. Kurniadi BD. Health decentralization in Indonesia: some obstacles. Presented in Faculty of asian studies. The Australian National University. March 11, 2009.
21. Dinas sosial Kota Manado. Kriteria penerima Jamkesmas. 2011
22. Masyhuri, Zainuddin M. Metodologi penelitian. Pendekatan praktis dan aplikatif. Edisi revisi. 2008. p 39-43.