

**FAKTOR-FAKTOR DAN POLA HUBUNGANNYA YANG MEMPENGARUHI
PEMANFAATAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) OLEH
KELUARGA MISKIN**

(Studi Kasus di Puskesmas wilayah Kecamatan Kedamean, Kabupaten Gresik)

**THE FACTORS AND ITS CORRELATION MODEL WHICH EFFECT TO
NATIONAL HEALTH INSURANCE SCHEME (NHIS) USING BY POOR FAMILY
(Case Study on Kedamean Distric's Community Healthcare Centres, Gresik City)**

Yudiyanto Tri Kurniawan

Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Jawa Timur
yudi.balitbang@gmail.com

Diterima : 10 April 2017; direvisi : 5 Juni 2017 ; disetujui : 13 Juni 2017

ABSTRAK

Pada masa transisi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini masih banyak ditemui permasalahan pada pelayanan kesehatan kepada keluarga miskin. Untuk itu kita perlu meneliti faktor-faktor yang berpotensi memicu permasalahan tersebut dan pola hubungan antar faktor-faktornya, sehingga dapat dijadikan landasan dalam mencari jalan keluar untuk permasalahan tersebut. Penelitian kualitatif deskriptif metode studi kasus. Teknik pengambilan Sampling yaitu Triangulasi non probability sampling, antara Teknik Purposive, Teknik Snow Ball dan Teknik Aksidensil. pengumpulan data dengan Wawancara mendalam (Deep Interview), Observasi lapangan dan Dokumentasi, Pengolahan Data dengan teknik Kondensasi Data. Berdasarkan hasil penelitian dapat tarik kesimpulan, Kunjungan keluarga miskin di Puskesmas Kedamean sebelum dan setelah diberlakukan JKN relatif tren positif terus. Sedangkan di Puskesmas Slempit sebelum JKN terjadi tren positif, namun setelah diberlakukan JKN terjadi tren negatif. Faktor-faktor yang mempengaruhi terbagi menjadi faktor-faktor Internal Keluarga Miskin : Kondisi fisik, ekonomi, sosial, kepemilikan sarana transportasi, waktu/kesempatan dan kualitas SDM. Faktor-faktor eksternal keluarga miskin : Puskesmas, sistem JKN-PBI, Puskesmas Pembantu, poskesdes/polindes, rumah sakit, tenaga kesehatan swasta, fasilitas kesehatan swasta, kondisi infrastruktur, aparatur desa, aparatur kecamatan, kearifan lokal, kebijakan pemerintah daerah dan peraturan perundang-undangan/regulasi. Pola hubungan antara faktor-faktor eksternal dapat dikelompokkan berdasarkan korelasi/hubungannya dengan faktor internal keluarga miskin membentuk ring 1 - 4.

Kata Kunci: faktor-faktor, Pola hubungan, Jaminan Kesehatan Nasional, Puskesmas, Keluarga Miskin

ABSTRACT

On this the transition period of the National Health Insurance program Shceme (NHIS) is still came problems in health services to poor families. For that we need to examine the factors that could potentially trigger these problems and patterns of relationships between the factors, so it can be used as a basis to find solutions to these problems. Descriptive qualitative research case study method. We use Triangulation non-probability sampling, between purposive, Snow Ball and Aksidental technique. datum collected with depth Interview, field observation and documentation, the Data Processed with Condensation Data technique. Based on the research results can be deduced, poor families visiting in Kedamean's PHC before and after launced of the NHIS relatively positive trend continues. While at the Slempit's PHC before NHIS occured positive trend, but after the launced of the NHIS a negative trend occur. Factors affecting split into Poor Families Internal factors: physical condition, economic, social ownership of the vehicle, time / opportunity and quality of human resources. External factors of poor families: PHC, system JKN-PBI, PHC helper, poskesdes / village health clinic, hospital, health personnel private, private health facilities, infrastructure conditions, village apparatus, the districts

apparatus, local knowledge, local government policy and legislation / regulation. The pattern of the relationship between external factors can be categorized based on the correlation / relationship with the internal factors of poor families forming Ring1 till 4.

Keywords: *factors, pattern of relationships, the National Health Insurance, Public Healthcare Center, Poor Families*

PENDAHULUAN

Undang-undang Dasar tahun 1945 pada pasal 28 H ayat (1) menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selanjutnya dalam Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal 5 ayat (1) menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya kesehatan.

Untuk memenuhi hak-hak tersebut maka pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) berdasarkan UU No 24 Tahun 2011, salah satunya dalam bentuk BPJS Kesehatan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan, yang biasa dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pelaksanaan Program JKN dimulai tanggal 1 Januari 2014, dengan target paling sedikit 121,6 juta penduduk dijamin melalui BPJS Kesehatan (peta jalan menuju jaminan kesehatan nasional 2012-2019).

Kepesertaannya bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia. Tetapi bagaimana dengan orang miskin, Scheil-Adlung (2004) dikutip oleh Suharto (2009:63) menyatakan, "...user fees lead to an exclusion of the poor from any formal medical care and constitute a problem of equity. (biaya pengobatan menyebabkan pengecualian orang miskin dari setiap perawatan medis formal dan merupakan masalah keadilan)."

Pada bulan September 2013, jumlah penduduk miskin (penduduk dengan pengeluaran per kapita per bulan di bawah Garis Kemiskinan) di Indonesia mencapai 28,55 juta orang (11,47 persen). Untuk memenuhi kebutuhan penduduk miskin ini pemerintah mengeluarkan program Jaminan Kesehatan pembayaran iurannya dibayarkan negara sebagai Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan yang tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Sedangkan di

Provinsi Jawa Timur pada data PPLS 2011 diketahui secara agregat (total) jumlah penduduk miskin sebanyak 1.230.042 KK Rumah Tangga Miskin (tanpa klasifikasi).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan pada Pasal 15 dinyatakan bahwa data Keluarga Miskin yang digunakan sebagai dasar kepesertaan JKN Penerima Bantuan Iuran (JKN-PBI) dimana iurannya dibayarkan oleh pemerintah, adalah PPLS 2011. Tahun 2014 ada 86,4 juta penduduk yang tergolong Penerima Bantuan Iuran.

Namun ternyata banyak 'mantan' peserta Jamkesmas 2013 yang tidak masuk sebagai peserta JKN karena tidak masuk di *database* BPJS, sementara mereka memiliki kartu dan mereka merasa 'berhak' mendapatkan pelayanan kesehatan seperti tahun sebelumnya. Jumlah tersebut belum termasuk kepesertaan total JAMKESDA Jawa Timur yang tidak masuk kuota Jamkesmas 2014 sebesar 707.305 jiwa dan pemilik kartu Jamkesmas 2013 yang tidak masuk *database* BPJS, serta para penderita Thalasiaemia, gelandangan, bayi yang dilahirkan dari orangtua pemegang kartu Jamkesmas, penghuni panti milik Pemerintah Provinsi (Pemprov Jatim) dan dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS). Belum lagi Para Keluarga Miskin yang sebelumnya dicover melalui APBD pemerintah Kabupaten/Kota dengan menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dan Surat Pernyataan Miskin (SPM).

Pelayanan Kesehatan menggunakan sistem rujukan berjenjang mulai dari Pelayanan Kesehatan Tingkat (PKT) Pertama, Kedua dan Ketiga, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 01 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Kesehatan Perorangan. Apabila masih membutuhkan penanganan lebih lanjut, PKT Pertama harus merujuk pasien ke PKT Kedua Rujukan Kab/Kota, dan bila masih membutuhkan perawatan lebih baik dirujuk ke PKT Ketiga RS Rujukan Provinsi.

Thabrany (2003) dalam Suharto (2009:63) yang menyatakan sekitar 10% orang termiskin dari populasi miskin mengeluarkan 2,3 kali dari total pendapatan bulanan keluarganya untuk mendapatkan pengobatan dengan rawat inap. Jadi kita bisa membayangkan jika seandainya ada salah satu anggota keluarga miskin sakit hingga dirawat inap. Hal itu belum terhitung pendapatan yang hilang jika yang sakit anggota keluarga yang produktif.

Pada tahun pertama pelaksanaan program JKN ini (masa transisi) kemungkinan masih banyak ditemui permasalahan pada pelayanan kesehatan, terutama di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan kepada masyarakat, diantaranya yaitu Puskesmas. Dan yang relatif akan merasakan perubahan ini adalah keluarga miskin.

Untuk itu kita perlu meneliti faktor-faktor yang berpotensi memicu permasalahan dalam pemanfaatan program JKN ini pada keluarga miskin dan pola hubungan antar faktor-faktor tersebut, sehingga dapat dijadikan landasan dalam mencari jalan keluar untuk permasalahan tersebut. Dari uraian diatas maka perumusan masalahnya adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana kunjungan keluarga miskin di Puskesmas wilayah Kecamatan Kedamean sebelum dan setelah diberlakukan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ?
2. Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh keluarga miskin di wilayah Kecamatan Kedamean ?
3. Bagaimana pola hubungan antara faktor-faktor tersebut ?

TINJAUAN PUSTAKA

Pada Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan didefinisikan beberapa istilah terkait Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Diantaranya Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 tahun 2012 tentang penerima bantuan iuran jaminan kesehatan. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.

Berdasarkan PP tersebut yang dimaksud dengan Fakir Miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya. Dan Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar Iuran bagi dirinya dan keluarganya.

Konferensi Dunia untuk Pembangunan Sosial dalam Roebiyanto (2011:19), mendefinisikan Kemiskinan sebagai:

“rendahnya tingkat pendapatan dan sumber daya produktif yang menjamin kehidupan berkesinambungan; kelaparan dan kekurangan gizi; rendahnya tingkat kesehatan; keterbatasan dan kurangnya akses pada pendidikan dan layanan-layanan pokok lainnya; kondisi tak wajar akibat penyakit yang terus meningkat; kehidupan bergelandang dan tempat tinggal yang tidak memadai; lingkungan yang tidak aman, serta diskriminasi dan keterasingan sosial; dan dicirikan juga oleh rendahnya tingkat partisipasi dalam proses pengambilan keputusan dan dalam kehidupan sipil, sosial dan budaya”.

Roesminingsih (2005:6-7) menyatakan dalam memahami kemiskinan seharusnya melihat interkoneksi multi faktor seperti ekonomi, sosial dan politik dalam suatu peta analisa. Kasus yang memarjinalkan kaum miskin di pedesaan termasuk juga di perkotaan tidak dapat dipisahkan dari sistem politik, ekonomi dan sosial dimana kaum miskin itu berada, karena kemiskinan tidaklah merupakan sisi yang berdiri sendiri (*single faset*)

Sedangkan situasi/kondisi politik, ekonomi dan sosial bersifat dinamis. Sehingga kemiskinan dapat didefinisikan sebagai keterbatasan dan kurangnya akses pada faktor ekonomi, sosial dan politik yang bersifat dinamis.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja dan penanggungjawab penyelenggara upaya kesehatan untuk jenjang tingkat pertama.

Sejak diperkenalkannya konsep puskesmas pada tahun 1968, berbagai hasil telah banyak dicapai. Angka kematian ibu dan kematian bayi telah berhasil diturunkan dan sementara itu angka harapan hidup rata-rata bangsa Indonesia telah meningkat secara bermakna. Jika pada tahun 1995 angka kematian ibu dan angka kematian bayi masing-masing adalah 373/100.000 kelahiran hidup (SKRT 1995) serta 60/1.000 kelahiran hidup (Susenas 1995), maka pada tahun 1997 angka kematian ibu turun menjadi 334/100.000 kelahiran hidup (SDKI 1997), sedangkan angka kematian bayi pada tahun 2001 turun menjadi 51/1.000 kelahiran hidup (Susenas 2001). Sementara itu umur harapan hidup rata-rata meningkat dari 45 tahun pada tahun 1970 menjadi 65 tahun pada tahun 2000.

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis Penelitian ini merupakan Kualitatif, dimana menurut John W. Creswell (2009:5) menyatakan bahwa Penelitian Kualitatif merupakan metode-metode untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang dianggap berasal dari masalah sosial atau kemanusiaan, melalui proses-proses pengumpulan data yang spesifik dari para partisipan, data yang diperoleh dianalisis secara induktif dan menafsirkan makna data. penelitian ini menggunakan Pendekatan Deskriptif, dimana Suharsimi Arikunto (2010:3) menyatakan bahwa penelitian Deskriptif adalah penelitian yang dimaksudkan untuk menyelidiki keadaan, kondisi atau hal lain-lain yang sudah disebutkan sebelumnya, dan hasilnya dipaparkan dalam bentuk laporan Penelitian. Sedangkan metode yang digunakan

adalah Studi Kasus, menurut Stake (1995) dalam Creswell (2009:20) studi kasus merupakan penelitian dimana peneliti menggali suatu fenomena tertentu (kasus) dalam suatu waktu dan kegiatan (program, even, proses, institusi atau kelompok sosial) serta mengumpulkan informasi secara terinci dan mendalam dengan menggunakan berbagai prosedur pengumpulan data selama periode tertentu.

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Kedamean, Kabupaten Gresik karena dilatar belakangi antara lain : Kecamatan Kedamean merupakan salah satu kecamatan di wilayah kabupaten Gresik yang berjarak 29 Km dari pusat kota kabupaten, yang berdasarkan data PPLS 2011 memiliki jumlah penduduk miskin terbanyak ke-2 setelah Kecamatan Wringin Anom. Namun dari jumlah total penduduk 99.436 jiwa (BPS Kabupaten Gresik 2012) Kecamatan ini secara prosentase memiliki jumlah Kepala Keluarga (KK) Miskin terbesar yaitu 53,96% dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) terbesar di wilayah Kabupaten Gresik, yaitu 4,87% dari jumlah total penduduk. Serta pada Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik 2010 menunjukkan dari total penduduk miskin tersebut hanya 40,77% yang terdaftar sebagai peserta JAMKESMAS, 1,99% terdaftar sebagai peserta JAMKESDA dan SKTM/SPM.

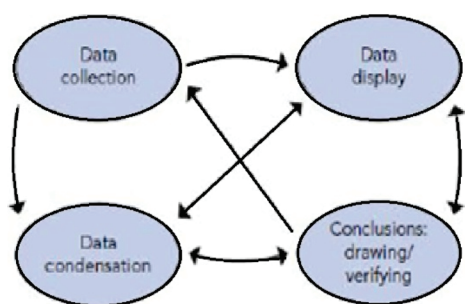
Untuk mendapatkan informasi semaksimal mungkin disini kami menggunakan teknik pengambilan Sampling : Teknik *Triangulasi*, yaitu kombinasi teknik *non probability sampling* yang dikembangkan sugiyono (2011: 218) di penelitian Kualitatif, antara lain:

1. *Teknik Purposive* : yaitu ditentukan secara langsung informannya, yaitu para stakeholder pengambil kebijakan di wilayah Kecamatan Kedamean,
2. *Teknik Snow Ball* : yaitu informan yang didapatkan berdasar informasi dari yang sebelumnya telah diwawancarai, yaitu *stakeholder* lain di wilayah Kecamatan Kedamean
3. *Teknik Aksidensil* : yaitu mencari informasi sebanyak mungkin dari setiap orang yang ditemui dilokasi penelitian,

Berdasarkan Arikunto (2010:270-275) pengumpulan data dapat dilakukan dengan teknik :

1. Wawancara mendalam (*Deep Interview*) dengan para informan di lokasi penelitian, untuk mendapatkan Data Primer.
2. Observasi lapangan, untuk memperoleh informasi kondisi nyata di lapangan.
3. Dokumentasi, didapatkan dari : Kantor BPS Propinsi Jawa Timur, Kantor Camat Kedamean, Puskesmas Kedamean, Faskes pendukung dan beberapa Kantor Kepala desa di Wilayah Kecamatan Kedamean, Gresik, serta website/ internet.

Pengolahan Data dengan menggunakan teknik Kondensasi Data Miles dan Hubermans (1994:11) dimana setelah data dikumpulkan, dikondensasikan, disajikan dan dilakukan penarikan kesimpulan.



Gambar 1. Diagram teknik kondensasi data
Sumber : Miles and Hubermans (1994:11)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada pengumpulan data telah berhasil menggali data dan informasi dari 50 informan, dengan karakteristik berdasarkan status informan pada tabel 1.

Tabel. 1. Karakteristik informan berdasarkan status

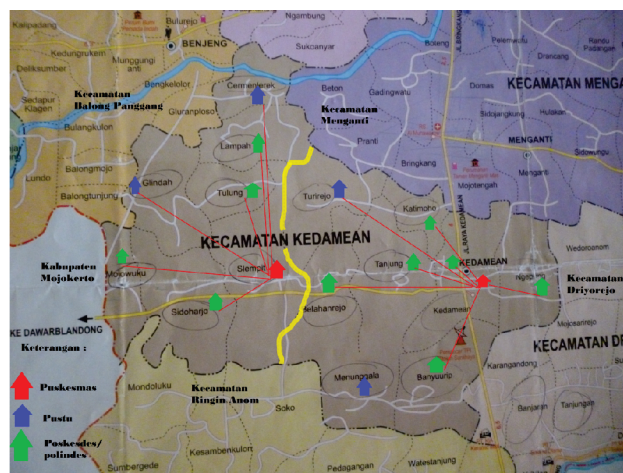
No	Status	Jumlah	Persentase
1	Aparatur Kecamatan	4	8
2	Aparatur Desa	8	16
3	Keluarga miskin (pasien)	10	20
4	Tenaga kesehatan Puskesmas	17	34
5	Tenaga kesehatan Rumah Sakit	1	2
6	Tenaga kesehatan Pustu/ Poskesdes/ Polindes	10	20
Jumlah		50	100

Sumber : Hasil Rekapitulasi

Data dan informasi tersebut dipilah dan dipilih sehingga dapat menjelaskan rumusan masalah yang muncul seperti berikut ini.

Kecamatan Kedamean merupakan salah satu kecamatan di wilayah Kabupaten Gresik bagian selatan yang berbatasan langsung dengan Kabupaten Mojokerto di sisi baratnya.

Pemerintah Kabupaten Gresik mendirikan 2 Puskesmas di wilayah Kecamatan Kedamean, dan membagi wilayah ini menjadi 2 bagian sebagai wilayah kerja masing-masing Puskesmas (Puskesmas Kedamean dan Puskesmas Slempit), lihat gambar 2.



Gambar 2. Peta pembagian wilayah Kerja Puskesmas Kedamean dan Slempit, serta fasilitas kesehatan milik Pemerintah Daerah di Kecamatan Kedamean
Sumber : Peta Kabupaten Gresik diolah.

Gambar 2 diatas menunjukkan pembagian wilayah Kerja Puskesmas Kedamean dan Slempit beserta fasilitas kesehatan milik Pemerintah Daerah di Kecamatan Kedamean yang mendukung kegiatan pelayanan kesehatan pada masyarakat, yaitu Puskesmas Pembantu (PUSTU), Pos Kesehatan Desa (POSKESDES) dan Pondok Bersalin Desa (POLINDES).

Sesuai Peraturan pelaksanaan pelayanan Jamkesmas dan JKN di Puskesmas, keluarga miskin (gakin) diwajibkan memeriksakan kesehatan di Puskesmas di wilayah kerja yang sesuai dirinya terdaftar. Namun apabila gakin memeriksakan kesehatan diri dan keluarganya di Puskesmas di luar wilayahnya akan dikenai biaya seperti warga umum, yaitu sesuai Peraturan Daerah (PERDA) Kabupaten Gresik Nomor 04 tahun 2011 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

Dari hasil observasi lapangan menunjukkan Puskesmas Kedamean memiliki fasilitas yang relatif lebih lengkap jika di bandingkan dengan Puskesmas Slempit. Puskesmas Kedamean memiliki laboratorium untuk pemeriksaan darah dan *urine* yang relatif lengkap, meskipun masih konvensional, belum otomatis, di tangani oleh seorang tenaga analis yang terampil dan terlatih. Juga fasilitas pemeriksaan IVA (Intervensi

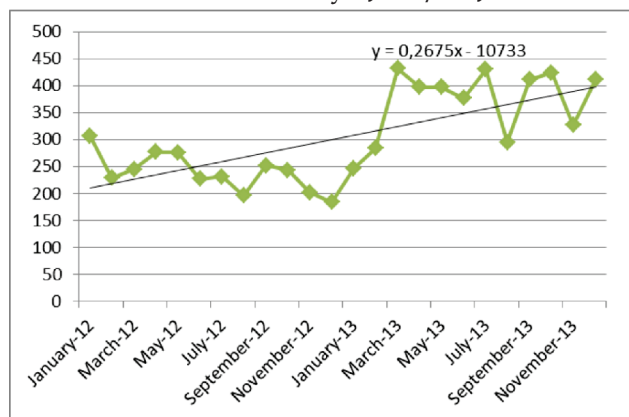
Vagina dengan Asam Asetat). Wilayah kerjanya dilalui akses jalan raya provinsi, sehingga relatif lebih mudah menjangkau Rumah sakit rujukan.

Namun Puskesmas kedua ini masih belum memiliki fasilitas rawat inap, sehingga jika ada pasien yang membutuhkannya akan dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) yang melayani Jamkesmas/JKN yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sinna, Bunder Gresik yang jaraknya sekitar 20 km dari Kedamean, atau rawat inap Fasilitas Kesehatan swasta di wilayah ini, namun dengan membayar sendiri.

1. Kunjungan keluarga miskin di Puskesmas wilayah Kecamatan Kedamean sebelum dan setelah diberlakukan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Pada pengumpulan data sekunder yaitu daftar kunjungan pasien Jamkesmas (Program penjaminan untuk keluarga miskin sebelum diberlakukan JKN) di puskesmas. Data tersebut diolah menjadi grafik, selanjutnya ditarik trendline dan didapatkan persamaan garisnya, lihat grafik1.

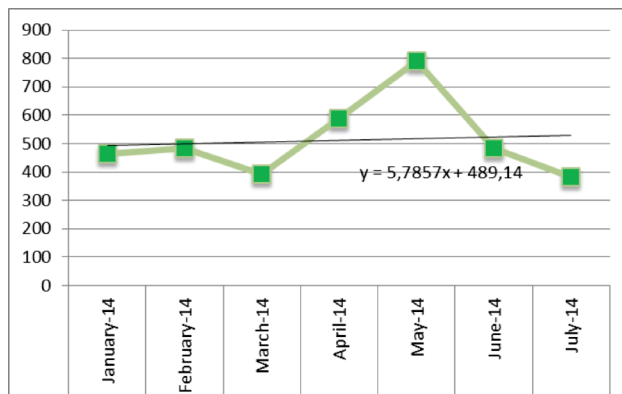
Grafik 1. Grafik Kunjungan Keluarga Miskin Ke Puskesmas Kedamean sebelum diberlakukannya JKN/BPJS



Sumber : Dokumen Puskesmas Kedamean diolah

Dengan relatif lebih lengkapnya fasilitas yang dimiliki Puskesmas Kedamean, membuat animo masyarakat untuk berobat ke Puskesmas ini relatif meningkat termasuk gakin, seperti nampak pada Grafik 1 diatas yang menunjukkan tren positif. Dari grafik tersebut nampak kunjungan gakin ke Puskesmas Kedamean sebelum diberlakukannya JKN/BPJS yang cenderung naik dari waktu ke waktu (Januari 2012 hingga Desember 2013).

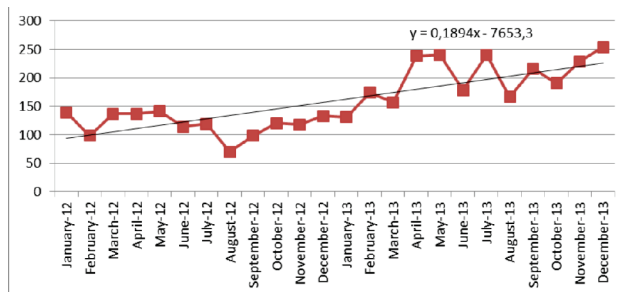
Grafik 2. Grafik Kunjungan Keluarga Miskin Ke Puskesmas Kedamean setelah diberlakukannya JKN/BPJS



Sumber : Dokumen Puskesmas Kedamean diolah

Demikian juga setelah diberlakukan JKN/BPJS jumlah kunjungan gakin ke Puskesmas Kedamean tetap cenderung meningkat, seperti yang ditunjukkan grafik 2 diatas yang menunjukkan tren positif.

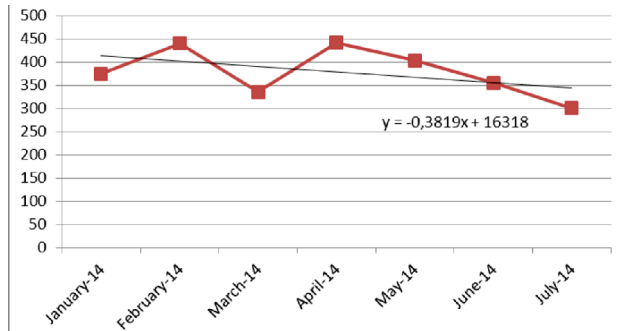
Grafik 3. Grafik Kunjungan Keluarga Miskin Ke Puskesmas Slempit sebelum diberlakukannya JKN/BPJS



Sumber : Dokumen Puskesmas Slempit diolah

Pada grafik 3 diatas nampak adanya tren positif pada Kunjungan Keluarga Miskin Ke Puskesmas slempit sebelum diberlakukannya JKN/BPJS, meskipun tidak sebesar di Puskesmas Kedamean. Hal ini karena relatif mudahnya gakin yang belum memiliki kartu Jamkesmas/ Jamkesda untuk memperoleh Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) di Kepala Desa atau Surat Pernyataan Miskin (SPM) di Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik, jika sewaktu-waktu sakit.

Grafik 4. Grafik Kunjungan Keluarga Miskin Ke Puskesmas Slempit setelah diberlakukannya JKN/BPJS



Sumber : Dokumen Puskesmas Slempit diolah

Pada saat telah dibelakukan JKN/BPJS terjadi perubahan tren kunjungan gakin ke puskesmas slempit. Tren negatif terjadi, penurunan jumlah kunjungan gakin. Selain karena tidak berlakunya lagi Jamkesda, SKTM dan SPM, juga karena berbagai faktor lain yang melingkupinya.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh keluarga miskin di Puskesmas wilayah Kecamatan Kedamean.

Dari hasil pencarian dan pengolahan data penelitian diperoleh berbagai faktor mempengaruhi pemanfaatan JKN-PBI/BPJS oleh keluarga miskin di Puskesmas wilayah Kecamatan Kedamean, secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi Faktor-faktor Internal dan Eksternal dari Keluarga Miskin di wilayah ini.

Faktor-faktor Internal Keluarga Miskin

Yaitu berbagai faktor yang dimiliki/ tidak dimiliki oleh keluarga miskin, yang mempengaruhi aksesibilitas mereka pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di wilayah kecamatan Kedamean, meliputi antara lain:

- KONDISI FISIK KELUARGA MISKIN**
Rendahnya kesehatan atau kecacatan baik fisik maupun mental sehingga menghambat mobilitas gakin untuk mencapai FKTP.
- KONDISI EKONOMI KELUARGA MISKIN**
Keadaan atau ketiadaan biaya berobat, baik itu biaya untuk transportasi dan kebutuhan selama berobat
- KONDISI SOSIAL KELUARGA MISKIN**
Ketidakmampuan atau ketidakberuntungan sosial (anak terlantar, janda miskin,

- kelompok marjinal dan terpercil).
- KEPEMILIKAN SARANA TRANSPORTASI**
Keadaan atau ketiadaan sarana transportasi yang dimiliki gakin untuk mencapai FKTP
- WAKTU/KESEMPATAN**
Keadaan atau ketiadaan waktu karena harus tetap bekerja untuk memenuhi kebutuhan konsumsi dasar (pangan, sandang dan papan).
- KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA**
Rendahnya SDM baik karena buta huruf/ angka, rendahnya pengetahuan umum dan pengetahuan tentang regulasi/ tata peraturan perundang-undangan.

Faktor-faktor Eksternal

Berbagai faktor diluar keluarga miskin atau di lingkungan yang yang mempengaruhi aksesibilitas pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di wilayah kecamatan Kedamean, termasuk kondisi FKTP itu sendiri dan sistem yang melingkupi implementasi Program JKN-PBI/BPJS, meliputi antara lain :

- KONDISI PUSKESMAS**
Banyak faktor yang dimiliki Puskesmas yang mempengaruhi kunjungan keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan JKN, antara lain :
 - Tenaga Kesehatan (Tenakes), meliputi kualitas dan kuantitas Tenakes yang dimiliki puskesmas, baik tenaga medis, paramedis dan pekaya karena berkaitan erat dengan jenis dan kapasitas layanan kesehatan yang mampu di tangani puskesmas. Semakin beragam jenis Tenakes maka jenis pelayanan yang dapat diberikan akan semakin banyak juga. Semakin banyak tenakes inti yang dimiliki akan semakin besar kapasitas pelayanannya dan relatif lebih cepat dalam melayani.
 - Sarana dan prasarana, meliputi lahan, gedung/ruangan, fasilitas penerangan, fasilitas komunikasi, tempat parkir, tempat tunggu dan fasilitas pendukung lainnya yang akan menjamin kualitas layanan dan kenyamanan pasien.
 - Peralatan, meliputi peralatan medis utama dan penunjang, yang akan sangat dibutuhkan oleh tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya. Semakin lengkap

peralatannya maka jenis dan kualitas pelayanan kesehatan akan semakin baik.

- 4) Perlengkapan, meliputi perlengkapan medis (bahan habis pakai) dan nonmedis (ATK), karena ketersediaan perlengkapan akan sangat menentukan kelancaran tindakan pelayanan kesehatan.
 - 5) Obat-obatan, meliputi semua jenis obat-obatan yang dibutuhkan Puskesmas untuk pencegahan, pengobatan, rehabilitasi dan promosi kesehatan, baik berupa tablet, sirup, injeksi dan lain-lain.
 - 6) Petunjuk Teknis (juknis)/Prosedur Tetap (protap), merupakan standarisasi dari pelayanan kesehatan di FKTP, karena akan menjamin kualitas layanan dan membantu menyelesaikan jika muncul permasalahan.
 - 7) SDM administrasi dan IT, tenaga khusus administrasi dan IT untuk kebutuhan proses perencanaan, penganggaran, administrasi pelayanan, tata usaha dan kepegawaian, monitoring dan evaluasi. Faktor ini juga tak kalah pentingnya dalam mengawal pelayanan di Puskesmas sehingga dapat menjamin kelancaran pelayanan kesehatan, apalagi sistem yang digunakan pada JKN adalah sistem entri online.
- b. SISTEM JKN-PBI
yang terdiri dari Sistem pendataan dan verifikasi, Sistem Sosialisasi, sistem rujukan, sistem klaim, Sistem IT JKN/BPJS dan Sistem Komunikasi/koordinasi antar Institusi/lembaga terkait. Faktor ini secara langsung akan relatif mempengaruhi pemanfaatan JKN oleh keluarga miskin. Semakin sulit/rumit sistem yang digunakan akan semakin menurunkan pemanfaatannya karena keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki oleh keluarga miskin.
- c. PUSTU/POSKESDES/POLINDES
Merupakan unit pembantu Puskesmas di desa-desa, untuk memudahkan dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Jam pelayanan dan kualitas pelayanan yang diberikan akan relatif mempengaruhi keluarga miskin dalam memanfaatkan JKN. Karena keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki keluarga miskin akan sangat terbantu dengan keberadaan Pustu/ Poskesdes/Polindes. Namun jika

jam dan kualitas pelayanannya minimal maka akan sia-sia keberadaannya.

d. PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT 2 / RUMAHSAKIT

Yang terdiri dari RSUD Ibnu Sinna dan RS Swasta yang melayani Gakin melalui program JKN/BPJS. RSUD Ibnu Sinna berjarak sekitar 20 km dan dengan keterbatasan kapasitas yang dimilikinya sehingga antriannya sangat banyak baik untuk pelayanan rawat jalan maupun rawat inapnya. Selanjutnya baik untuk pasien rawat inap yang pulang maupun rawat jalan pengambilan obatnya (yang ditanggung JKN/BPJS) hanya dapat dilakukan di Apotik Mida Farma, depan RSUD Ibnu Sinna.

RS swasta yang menerima JKN terdekat jaraknya pun lebih dari 10 km dan terletak di wilayah Surabaya. Dengan segala keterbatasan yang dimiliki keluarga miskin akan relatif kesulitan untuk mengaksesnya.

e. TENAGA KESEHATAN (TENAKES) SWASTA

Swasta, yang terdiri dari dokter, mantri, perawat dan bidan desa yang membuka praktek swasta di wilayah Kecamatan Kedamean. Untuk bidan desa masih melayani JKN-PBI, namun jam pelayanannya terbatas pada jam kerja. Sedangkan tenakes swasta yang lainnya tidak melayani JKN-PBI. Dengan segala keterbatasan yang dimiliki keluarga miskin akan relatif kesulitan jika sakit diluar jam pelayanan tersebut.

f. FASILITAS KESEHATAN (FASKES) SWASTA

Faskes lain selain Pustu dan Poskesdes yang ada di wilayah Kecamatan Kedamean cukup banyak namun hingga saat dilakukan penelitian ini tidak ada yang menjalin kerjasama dengan BPJS pelaksana program JKN. Faskes-faskes tersebut levelnya sama dengan Puskesmas, sehingga hanya menjadi kompetitor dari Faskes milik Pemerintah Daerah (Puskesmas, Pustu dan Poskesdes).

g. KONDISI INFRASTRUKTUR

Kondisi fisik jalan dan jarak relatif antara rumah/posisi keluarga miskin dan Puskesmas yang melayani JKN-PBI. Semakin buruk kondisi fisik jalan atau semakin jauh jarak antara rumah keluarga

miskin dan Faskes tersebut akan semakin menyulitkannya mengakses pelayanan kesehatan. Apalagi jika ada keterbatasan atau ketiadaan angkutan umum untuk mencapainya.

h. APARATUR DESA

Meliputi jumlah aparatur dan kapasitas layanan terhadap gakin dalam kaitan dengan peranan dan dukungan terhadap pelayanan kesehatan bagi Gakin di wilayahnya masing-masing, sebagai potensi pendukung/ membantu keluarga miskin untuk mengakses fasilitas kesehatan yang melayani JKN-PBI sewaktu dibutuhkan.

i. APARATUR KECAMATAN

Meliputi jumlah aparatur dan kapasitas layanan terhadap gakin dalam kaitan dengan peranan dan dukungan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan bagi gakin di wilayahnya masing-masing.

j. KEARIFAN LOKAL

Peranan dan dukungan kearifan lokal yaitu budaya tepo sliro dan tolong menolong dalam masyarakat desa terhadap anggota masyarakat yang membutuhkan bantuan. Budaya ini akan sangat membantu keluarga miskin yang sakit sehingga segera mendapatkan pertolongan medis di faskes yang melayani JKN-PBI.

k. KEBIJAKAN PEMERINTAH DAERAH/ KABUPATEN

terdiri dari kebijakan/regulasi daerah dan Alokasi anggaran untuk kesehatan keluarga miskin, dalam hal ini Pemerintah Kabupaten (Pemkab) dan Dinas Kesehatan Kabupaten yang sangat dibutuhkan untuk penguatan berbagai sarana dan prasarana penunjang aksesibilitas keluarga miskin terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.

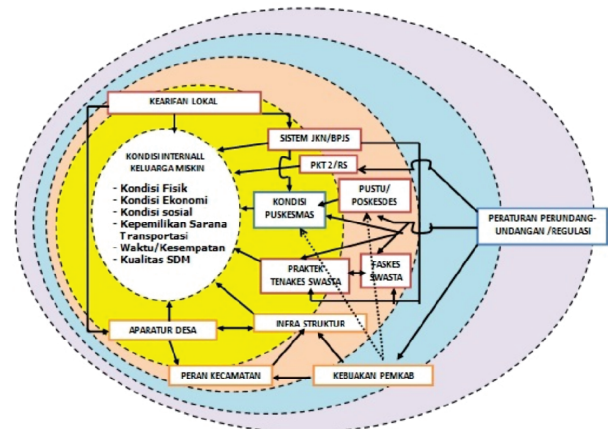
l. PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN/ REGULASI

Segala Regulasi atau Tata Peraturan Perundang-undangan yang memayungi semua kegiatan masyarakat dan institusi/ lembaga terkait implementasi Program JKN-PBI.

3. Pola hubungan antara faktor-faktor

Dari berbagai faktor yang di peroleh dari hasil olah data diatas dapat kita rangkai menjadi suatu pola, seperti nampak pada gambar 2 di bawah ini.

Gambar 2. Pola Hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh keluarga miskin di wilayah Kerja Puskesmas Kedamean.



Sumber : Olah data penelitian

Dari pola hubungan antar faktor-faktor eksternal diatas (gambar 2) dapat kita kelompok-kelompokkan berdasarkan korelasi/hubungannya dengan faktor internal keluarga miskin. Antara lain:

- Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh keluarga miskin di Puskesmas wilayah Kecamatan Kedamean secara langsung, kita sebut faktor-faktor ring 1.
- Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh keluarga miskin di Puskesmas wilayah Kecamatan Kedamean melalui faktor-faktor ring 1, kita sebut faktor-faktor ring 2.
- Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh keluarga miskin di Puskesmas wilayah Kecamatan Kedamean melalui faktor-faktor kuadran 2, kita sebut faktor-faktor ring 3
- Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh keluarga miskin di Puskesmas wilayah Kecamatan Kedamean melalui faktor-faktor kuadran 3, kita sebut faktor-faktor ring 4.

Berdasarkan pola diatas maka kita dapat mengetahui faktor-faktor mana yang harus lebih diperhatikan jika ingin memberi dampak langsung pada peningkatan pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh keluarga miskin di Puskesmas.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil olah data dan pembahasan diatas dapat kita tarik suatu kesimpulan, antara lain :

1. Kunjungan keluarga miskin di Puskesmas Kedamean sebelum dan setelah diberlakukan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) relatif stabil dan menunjukkan tren positif terus (kenaikan). Sedangkan di Puskesmas Slempit pada saat belum diberlakukan JKN terjadi tren positif, namun setelah diberlakukan JKN terjadi tren negatif/penurunan.
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh keluarga miskin di Puskesmas wilayah Kecamatan Kedamean terbagi menjadi :
 - Faktor-faktor Internal Keluarga Miskin : Kondisi fisik, ekonomi, sosial, kepemilikan sarana transportasi, waktu/kesempatan dan kualitas SDM.
 - Faktor-faktor eksternal Keluarga Miskin : Puskesmas, sistem JKN-PBI, pustu, poskesdes/polindes, pkt2/rs, tenaga kesehatan swasta, fasilitas kesehatan swasta, kondisi infrastruktur, aparatur desa, aparatur kecamatan, kearifan lokal, kebijakan pemerintah daerah dan peraturan perundang-undangan/regulasi
3. Pola hubungan antara faktor-faktor eksternal dapat dikelompokkan berdasarkan korelasi/hubungannya dengan faktor internal keluarga miskin membentuk ring 1 sampai dengan ring 4.

SARAN

1. Revitalisasi Puskesmas sehingga dapat meningkatkan kapasitas, kapabilitas, kualitas dan kuantitas layanan kesehatan kepada masyarakat, khususnya untuk keluarga miskin.
2. Perbaiki infrastruktur jalan dan sarana transportasi umum untuk mempermudah mobilitas masyarakat.
3. Lakukan pendataan secara berkala dan berkelanjutan untuk menjangkau keluarga miskin yang belum tercover JKN-PBI.
4. Perbanyak Faskes dan Tenakes di daerah yang bekerja sama dengan BPJS, khususnya untuk faskes yang memiliki sarana rawat inap, laboratorium, radiologi dan apotik.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonimous , 2010b, Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik 2010, Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik, Gresik
- , 2011, *Riset Fasilitas Kesehatan Puskesmas*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- , 2012, *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Jakarta.
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Edisi Revisi. PT. Rineka Cipta. Yogyakarta.
- Badan Pusat Statistik, 2012, Kecamatan Kedamean dalam angka 2012, BPS Kabupaten Gresik.
- , 2014, Berita Resmi Statistik No. 06/01/Th. XVII, 2 Januari 2014, *Profil Kemiskinan Di Indonesia September 2013*, diunduh tanggal 10-01-2014 pukul 00:14 WIB
- Creswell, John W, 2009, *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Miles, Huberman & Saldana, 1994, *Qualitative data analysis : a Methods sourcebook*, Arizona State University, United States of America.
- Roebyantho, Haryati, 2011, *Dampak Sosial Ekonomi Program Penanganan Kemiskinan Melalui KUBE, P3KS*, Jakarta,
- Sugiyono, 2011, *Metode Penelitian Kuantitati, Kualitatif dan R&D*, Penerbit Alfabeta, Bandung.
- Suharto, Edi, 2008, *Kebijakan Sosial sebagai Kebijakan Publik*, Penerbit Alfabeta, Bandung.

- Upaya Penanggulangan Kemiskinan dan Pengangguran (Roesminingsih, soetandyo), Surabaya:Lutansah, Hal 5-17.Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan
-Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan MasyarakatUndang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) diunduh 23-05-2013 pukul 21.17 WIB
-Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 04 tahun 2011 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat<http://gresikkab.go.id/berita/10122013/bupati-berharap-pembangunan-rs-ibnu-sina-segera-dimulai-awal-2014.html> diunduh 15-06-2014 pukul 13.25 WIB
-Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan<http://m.kompasiana.com/post/read/631308/3/peran-jamkesda-jatim-saat-jkn-kedodoran.html> diunduh 06-04-2014 pukul 03.41 WIB.
-Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 TAHUN 2012 tentang penerima bantuan iuran jaminan kesehatan[http://www.umsida.ac.id/downlot.php?file=\(4\)%20Fasilitas%20Kesehatan%20BPJS%20Kesehatan%20Jawa%20Timur\(1\).pdf](http://www.umsida.ac.id/downlot.php?file=(4)%20Fasilitas%20Kesehatan%20BPJS%20Kesehatan%20Jawa%20Timur(1).pdf) diunduh 05-04-2014 pukul 20.58 WIB
-Undang-undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945