

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Jaminan Kesehatan di Indonesia bukanlah barang baru, dahulu pada awalnya Indonesia memiliki asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil yang merupakan lanjutan dari *Restitutie Regeling* tahun 1934. Pada tahun 1985 dimulailah asuransi untuk tenaga kerja (ASTEK) sampai tahun 1987 dengan menggerakkan dana masyarakat melalui Dana Upaya Kesehatan Masyarakat atau lebih dikenal DUKM.

Pada tahun 1992 diterbitkan tiga buah undang-undang yang berkaitan dengan asuransi yaitu UU No. 2 tentang Asuransi, UU No. 3 Tentang Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja), serta UU No. 23 Tentang Kesehatan yang di dalamnya terkandung pasal 65 dan pasal 66 tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). JPKM mengikuti pola *managed care* di Amerika dengan pembayaran *prepaid* berdasarkan kapitasi dan pelayanan yang bersifat komprehensif meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. (Djuhaeni, 2007)

Pada waktu itu hanya baru pelayanan kesehatan di puskesmas yang dicakup oleh pelayanan JPKM dengan dokter puskesmas sebagai *gate keeper*, dan mulai dikembangkan dokter keluarga yang diharapkan pada masa yang akan datang. Dari pengalaman JPKM hingga JPSBK (Jaminan Pemeliharaan Sosial Bidang Kesehatan), kendala utama pelaksanaan JPKM antara lain adalah SDM (sumber daya manusia) badan penyelenggara baik kuantitas maupun kualitas,

sedangkan ditinjau dari aspek permintaan masyarakat akan asuransi maupun faktor yang mempengaruhinya di Indonesia belum diketahui.

Usaha ke arah penjaminan kesehatan yang lebih baik lagi sesungguhnya telah dirintis oleh pemerintah, diantaranya melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi dan terbagi-bagi. Biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali. Masih banyak masyarakat yang seharusnya menerima jaminan belum merasakan manfaatnya.

Untuk menuju penjaminan kesehatan yang lebih baik dan menyeluruh sesuai dengan amanat Pasal 34 ayat 2 UUD 1945 “Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu dengan martabat kemanusiaan”, pemerintah mengeluarkan Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan untuk dibentuknya program Jaminan Sosial, yakni;

- a. Jaminan Kesehatan
- b. Jaminan Kecelakaan Kerja
- c. Jaminan Hari Tua
- d. Jaminan Pensiun dan
- e. Jaminan Kematian

Serta dibentuknya UU No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disebut BPJS) yang mengamanatkan untuk dibentuknya;

- a. BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan dan
- b. BPJS Ketenagakerjaan sebagai pelaksana Program Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun dan Jaminan Kematian

Pada penelitian ini, peneliti akan memfokuskan pada bidang Jaminan Kesehatan.

Setelah program BPJS Kesehatan diluncurkan pada tanggal 1 Januari 2014 pelaksanaan program ini dilapangan banyak terdapat kendala, dari penelitian Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) ditemukan permasalahan utama yang sering dilaporkan penyelenggara pelayanan kesehatan kepada pemerintah pusat adalah terkait pelayanan yang diberikan pada provider tingkat lanjutan (Rumah Sakit) yang dirasakan tidak maksimal karena berbagai masalah, yang diantaranya: masalah alur pelayanan yang terbilang rumit, masalah administratif kepesertaan, masalah rayonisasi Fasilitas Kesehatan (Faskes), sistem pembiayaan kesehatan (Iuran), ketersediaan alat kesehatan dan obat yang belum mendukung, serta jumlah sumber daya manusia yang dirasa kurang sejak program ini diluncurkan.

Berdasarkan penelitian terdahulu, merujuk pada pelaksanaan implementasi program terdahulu yaitu Jamkesmas, Jamkesda ataupun program kesehatan dari pemerintah daerah, penulis memaparkan beberapa penelitian terdahulu yang dapat mengantar pada permasalahan yang sering muncul, sehingga diperoleh acuan yang semakin menguatkan untuk melakukan penelitian ini.

Penelitian yang dilakukan oleh Tuhumury (2012) mengenai implementasi Jamkesda di Rumah Sakit Umum (RSU) Manokwari membuktikan bahwa implementasi Jamkesmas pada Rumah Sakit Umum Daerah Manokwari belum berjalan sebagaimana yang diharapkan, kurangnya partisipasi masyarakat, ketidak terbukaan akses informasi, kurangnya sosialisasi tentang Program Jamkesmas, keterbatasan Sumber Daya Manusia (SDM). Penelitian lain yang dilakukan oleh Rahayu (2010) mengenai implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit (Studi Kasus Di RSUD Dr. Soetomo) menunjukkan bahwa masih terdapat kendala dalam penyelenggaraan program Jamkesmas, yaitu tunggakan klaim yang dialami rumah sakit yang menyebabkan kerugian. Selanjutnya penelitian Ardianty (2012) menunjukkan pelaksanaan Implementasi Program Jamkesda di Rumah Sakit PMI Bogor masih belum maksimal serta banyak kekurangan dari segi pelaksanaannya, seperti keterlambatan pengajuan klaim tagihan, tidak sesuai nilai tarif INA-CBGs dengan nilai tarif rumah sakit, serta kurangnya komitmen rumah sakit dalam melaksanakan program.

Berdasarkan paparan beberapa penelitian diatas ternyata masih banyak terdapat proses penyelenggaraan program jaminan kesehatan di berbagai sektor terutama Rumah Sakit belum berjalan secara optimal dan tepat sasaran. Oleh sebab itu, untuk menggali permasalahan tersebut peneliti memilih UPT Puskesmas Botombawo, Kabupaten Nias, sebagai tempat penelitian dengan beberapa pertimbangan yang didasari bahwa di Puskesmas tersebut telah melaksanakan Program pelayanan BPJS Kesehatan .

## **1.2. Rumusan Masalah**

Untuk memudahkan penelitian nantinya, dan agar penelitian memiliki arah yang jelas maka terlebih dahulu di lakukan perumusan masalah. Dengan demikian, yang menjadi rumusan masalah pada penelitian ini adalah:

1. Bagaimana implementasi kebijakan JKN/ BPJS Kesehatan di UPT Puskesmas Botombawo tahun 2015?
2. Apakah faktor – faktor penghambat dalam implementasi kebijakan JKN/ BPJS Kesehatan di UPT Puskesmas Botombawo tahun 2015?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah

1. Untuk menganalisis bagaimana implementasi kebijakan JKN/ BPJS Kesehatan di UPT Puskesmas Botombawo tahun 2015
2. Untuk menganalisis faktor – faktor penghambat dalam implementasi kebijakan JKN/ BPJS Kesehatan di UPT Puskesmas Botombawo tahun 2015

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Manfaat Bagi UPT Puskesmas Botombawo**

- a. Mendapatkan masukan untuk perbaikan dan kelanjutan dari implementasi kebijakan program Jaminan Kesehatan Nasional di UPT Puskesmas Botombawo.

- b. Sebagai bahan pertimbangan untuk selanjutnya memperkuat argumen terhadap permasalahan yang terjadi pada pelaksanaan implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional di di UPT Puskesmas Botombawo.

#### **1.4.2. Manfaat Bagi Program Studi Magister Administrasi Publik**

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi referensi bagi mahasiswa dan dosen mengenai implementasi kebijakan program Jaminan Kesehatan Nasional.

#### **1.4.3. Manfaat Bagi Peneliti Lain**

Sebagai referensi yang dapat dijadikan bahan bacaan dan rujukan oleh peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian yang berhubungan dengan implementasi kebijakan program Jaminan Kesehatan Nasional.

#### **1.5. Kerangka Pemikiran**

Untuk mempermudah pemahaman dalam menganalisa implementasi Jaminan Kesehatan Nasional di UPT Puskesmas Botombawo maka disusunlah sebuah kerangka berfikir. Berdasarkan kerangka teori yang akan dibahas pada bab selanjutnya, peneliti menggunakan model pendekatan implementasi kebijakan oleh Van Meter dan Van Horn (1975) dalam Sitorus (2013:107) yang dikenal dengan *A Model of the Policy-Implementation Process* (Model Proses Implementasi Kebijakan) yang sudah diadaptasi untuk implementasi program. Ada 6 (enam) faktor yang mempengaruhi implementasi pada penelitian ini, yaitu: (1) ukuran dan tujuan kebijakan; (2) sumber daya; (3) karakteristik pelaksana; (4)

sikap pelaksana; (5) komunikasi antar pelaksana; dan (6) lingkungan sosial, ekonomi, dan politik.

### Bagan 1.1. Kerangka Pemikiran

