

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. Dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/ 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap penduduk. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Untuk itu diselenggarakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan, dengan tujuan guna meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Depkes RI, 2004). Dalam visi Indonesia Sehat 2010, diharapkan bangsa Indonesia akan mencapai tingkat kesehatan tertentu yang ditandai oleh penduduknya yang (1) hidup dalam lingkungan sehat, (2) mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta (3) mampu menyediakan dan memanfaatkan (menjangkau) pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga (4) memiliki derajat kesehatan yang tinggi.

Namun, dampak adanya krisis moneter semakin menyebabkan masyarakat miskin dan tidak mampu mengalami kesulitan dalam menaikkan derajat kesehatannya. Hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok

masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah. Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 thn (BPS 2007). Angka Kematian Ibu dan Anak ini terbesar terjadi pada keluarga miskin dan tidak mampu (Depkes RI, 2008).

Pemerintah telah mengembangkan berbagai upaya dan strategi untuk memecahkan masalah yang berhubungan dengan masyarakat miskin ini. Bahkan strategi pelayanan kesehatan masyarakat juga telah disusun untuk meningkatkan derajat pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Strategi tersebut antara lain: (1) meringankan beban biaya berobat bagi penduduk miskin; (2) mengutamakan penyelesaian masalah kesehatan/penyakit yang banyak diderita oleh masyarakat miskin; (3) meningkatkan penyediaan serta meningkatkan efektifitas upaya kesehatan masyarakat; (4) meningkatkan akses dan mutu yankes bagi masyarakat miskin; (5) memprioritaskan alokasi pelbagai sumber daya yang tersedia pada daerah miskin; dan (6) meningkatkan pemberdayaan masyarakat miskin (PPJK Depkes RI, 2008).

Dalam perjalanannya, strategi pelayanan kesehatan ini ternyata mengalami hambatan. Hambatan utama pelayanan kesehatan masyarakat adalah masalah akses terhadap pelayanan kesehatan. Hambatan terhadap akses tersebut dikarenakan faktor

pembiayaan kesehatan dan transportasi. Banyak faktor yang menyebabkan peningkatan biaya kesehatan, diantaranya perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*, dan subsidi pemerintah untuk semua lini pelayanan, disamping inflasi di bidang kesehatan yang melebihi sektor lain (Depkes RI, 2007).

Dalam upaya mengatasi hambatan akses masyarakat miskin terhadap pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan, maka Pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemenuhan akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin. Pertama-tama dilaksanakan Program Surat keterangan Masyarakat Miskin (SKTM). Dalam program ini, keluarga miskin akan mendapatkan pelayanan kesehatan cuma-cuma dari sarana pelayanan kesehatan pemerintah apabila membawa surat keterangan tidak mampu dari Kepala Desa/Lurah. Pada program ini, biaya pelayanan kesehatan keluarga miskin ditanggung oleh masing-masing sarana pelayanan kesehatan melalui sistem subsidi silang.

Kemudian upaya selanjutnya dilakukan Program Kartu Sehat. Program ini dibuat karena mekanisme SKTM tidak praktis (harus mengurus setiap kali berobat dan ada perasaan malu). Setiap keluarga miskin diberikan kartu sehat. Kartu tersebut dapat dipergunakan untuk memperoleh pelayanan kesehatan cuma-cuma dari sarana pelayanan kesehatan pemerintah. Sama halnya dengan SKTM, biaya pelayanan ditanggung oleh masing-masing sarana pelayanan melalui sistem subsidi silang.

Selanjutnya dilaksanakan program-program yang dimulai dengan Program Jaring Pengaman Sosial-Bidang Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998–2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Tahun 2002-2004. Ketika

terjadi krisis ekonomi yang berdampak pada meningkatnya jumlah penduduk miskin, menyebabkan mekanisme kartu sehat yang biayanya ditanggung sendiri oleh masing-masing sarana pelayanan kesehatan telah tidak dapat dipertahankan lagi. Untuk meringankan beban sarana pelayanan, pemerintah memberikan bantuan dana yang disalurkan langsung ke masing-masing sarana pelayanan. Mekanisme kartu sehat dengan bantuan dana dari pemerintah ini dikenal dengan nama JPS-BK.

Menyadari pentingnya penanganan berlanjut terhadap kesehatan penduduk miskin sebagai upaya memenuhi amanat UUD 1945 pasal 1 dan 2, dan menyongsong implementasi SJSN Menkes RI melalui SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tanggal 12 November 2004, menetapkan pemeliharaan kesehatan penduduk miskin melalui pihak ketiga (PT Askes) sebagai penyelenggara untuk bekerjasama dengan pihak-pihak terkait dalam pelayanan kesehatan (RS Pemerintah/Swasta, Puskesmas dan jaringannya). Kebijakan ini merupakan perubahan pola pendekatan pelayanan dari pendekatan *supply* ke mekanisme Jaminan kesehatan sosial yang dikenal dengan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin atau Askeskin. *(disadur dari bahan seminar “Tantangan dan Prospek Askeskin di Masa Mendatang, tanggal 29 November 2007 di Jakarta)*

Penyelenggaraan Askeskin sampai dengan tahun 2007 telah memberikan pencapaian yang bermakna antara lain: terjadinya peningkatan cakupan atau akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin. Namun demikian masih ditemukan beberapa permasalahan antara lain, penggunaan data masyarakat miskin yang masih menggunakan berbagai kriteria sehingga menyebabkan distribusi kartu peserta belum selesai. Karena kondisi tersebut kebijakan berbagai identitas miskin termasuk SKTM masih diberlakukan. Permasalahan lain masih kurangnya kesadaran dari berbagai

pihak akan pentingnya kendali biaya dan kendali mutu pelayanan kesehatan dan masih terbatasnya sumber daya manusia Pengelola Program.

Untuk mengatasi permasalahan di atas, pada tahun 2007 sasaran masyarakat menggunakan data BPS tahun 2006 sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa sehingga diharapkan masalah kepesertaan dalam program ini dapat diselesaikan. Hal lain yang penting untuk dilakukan adalah membuat standarisasi obat diluar obat generik, alat-alat kesehatan, tarif, serta peningkatan sosialisasi penyelenggaraan program kepada semua pihak terkait (Depkes RI, 2007).

Dalam meningkatkan sosialisasi dan juga untuk mendukung keberhasilan penyelenggaraan Program JPKMM-Askeskin maka dilakukan berbagai upaya. Salah satu upaya yang dilakukan adalah kegiatan *safeguarding*. Kegiatan *safeguarding* adalah salah satu kegiatan penunjang yang bertujuan untuk menjamin dan mengamankan kegiatan-kegiatan dalam penyelenggaraan Program JPKMM-Askeskin agar tepat sasaran, berhasil guna dan berdaya guna (Depkes RI, 2007).

Tim *Safeguarding* Pusat sebagai pelaksana kegiatan *safeguarding* di tingkat pusat melaksanakan kegiatan-kegiatan ini, yaitu sosialisasi langsung (tatap muka) dan tidak langsung (media cetak nasional, media cetak elektronik, dll); perencanaan, operasional kegiatan, pemantauan dan evaluasi; pencatatan dan pelaporan; penanganan pengaduan masyarakat, dan kajian/studi Program JPKMM-Askeskin. Tim *Safeguarding* Pusat terdiri dari Tim Pengarah, Tim Teknis, dan Sekretariat *Safeguarding*.

Berdasarkan pentingnya keberadaan Tim *Safeguarding*, termasuk di dalamnya Sekretariat *Safeguarding* Pusat dalam membantu menyukseskan Program JPKMM-Askeskin tahun 2007 kemarin dan juga melihat apakah penyelenggaraannya

sudah berlangsung sesuai dengan yang diinginkan atau tidak, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai penyelenggaraan kegiatan *safeguarding* Program JPKMM-Askeskin oleh Sekretariat *Safeguarding* Pusat tahun 2007.

## 1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan hasil laporan penyelenggaraan Askeskin tahun 2007 diketahui bahwa masih terdapat beberapa masalah dalam penyelenggaraan Program JPKMM-Askeskin. Hal ini mengindikasikan bahwa penyelenggaraan Program JPKMM-Askeskin tahun 2007 belum berjalan optimal. Salah satunya dalam kegiatan sosialisasi, yang walaupun sudah mengalami peningkatan yang signifikan, namun masih sering menjadi masalah. *Safeguarding* sebagai kegiatan penunjang dalam penyelenggaraan Program JPKMM-Askeskin harus dilaksanakan secara maksimal dan diupayakan untuk mengamankan Program JPKMM-Askeskin agar berhasil guna dan berdaya guna sesuai tujuan yang diinginkan. Belum diketahuinya gambaran penyelenggaraan kegiatan *safeguarding* yang dilaksanakan oleh Sekretariat *Safeguarding* Pusat tahun 2007 menjadi perhatian penulis karena Tim *Safeguarding* Pusat yang di dalamnya juga termasuk sekretariat *safeguarding* pusat sebagai pilar dari kegiatan-kegiatan *safeguarding* di daerah harus bekerja dengan baik dan maksimal agar dapat menjamin dan mengamankan bahwa Program JPKMM-Askeskin yang dilakukan di seluruh daerah di Indonesia telah berjalan sesuai dengan tujuannya.

### 1.3. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan yang timbul dari permasalahan di atas adalah:

1. Bagaimanakah gambaran *input* (kebijakan, sasaran kegiatan, tenaga pelaksana, dana, sarana, metode) dalam menunjang penyelenggaraan kegiatan *safeguarding* Program JPKMM-Askeskin oleh sekretariat *safeguarding* pusat tahun 2007?
2. Bagaimanakah gambaran proses (perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, pengawasan) dalam menunjang penyelenggaraan kegiatan *safeguarding* Program JPKMM-Askeskin oleh sekretariat *safeguarding* pusat tahun 2007?
3. Bagaimana gambaran *output* (hasil pencapaian kegiatan, yaitu pencapaian kinerja dan pencapaian keuangan) yang telah dihasilkan oleh sekretariat *safeguarding* pusat dalam penyelenggaraan kegiatan *safeguarding* Program JPKMM-Askeskin tahun 2007?

### 1.4. Tujuan Penelitian

#### 1.4.1. Tujuan umum

Mendapatkan informasi mengenai gambaran penyelenggaraan kegiatan *safeguarding* Program JPKMM-Askeskin oleh Sekretariat *Safeguarding* Pusat tahun 2007.

#### 1.4.2. Tujuan Khusus

1. Mendapatkan gambaran *input* penyelenggaraan kegiatan *safeguarding* Program JPKMM-Askeskin oleh Sekretariat *Safeguarding* Pusat tahun

2007 yang meliputi faktor kebijakan, sasaran kegiatan, tenaga pelaksana, dana, metode, dan sarana.

2. Mendapatkan gambaran proses penyelenggaraan kegiatan *safeguarding* Program JPKMM-Askeskin oleh Sekretariat *Safeguarding* Pusat tahun 2007 yang meliputi faktor perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, dan pengawasan.
3. Mendapatkan gambaran *output* penyelenggaraan kegiatan *safeguarding* Program JPKMM-Askeskin oleh Sekretariat *Safeguarding* Pusat tahun 2007 yang meliputi hasil pencapaian kegiatan, yaitu pencapaian kinerja dan pencapaian keuangan.

## **1.5. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Sekretariat *Safeguarding* Pusat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk Sekretariat *Safeguarding* Pusat khususnya, dan Tim-Tim lainnya yang dibentuk dalam penyelenggaraan Program JPKMM-Askeskin dan program yang sekarang dijalankan yaitu Jamkesmas, dalam menyelenggarakan kegiatannya sehingga dapat berlangsung sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

### **2. Manfaat bagi Pengelola Program/Pengambil Keputusan**

Semoga hasil penulisan ini dapat menjadi masukan bagi pengelola program/pengambil keputusan dalam menyusun strategi penanggulangan masalah kemiskinan.

### 3. Manfaat bagi FKM UI

Sebagai tambahan referensi baru yang dapat dipergunakan untuk penulisan dan penelitian yang berkaitan dengan kebijakan bagi masyarakat miskin.

#### 1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada Sekretariat *Safeguarding* Pusat yang bersekretariat di Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Depkes RI bulan Mei-Juni tahun 2008. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran penyelenggaraan kegiatan *safeguarding* Program JPKMM-Askeskin oleh Sekretariat *Safeguarding* Pusat tahun 2007 yang mencakup faktor *input*, proses, dan *output* dengan mengambil data primer melalui wawancara mendalam serta data sekunder yang dimiliki oleh Sekretariat *Safeguarding* Pusat tahun 2007. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif yang dilakukan karena belum diketahuinya gambaran penyelenggaraan kegiatan *safeguarding* Program JPKMM-Askeskin oleh sekretariat *safeguarding* pusat tahun 2007.