

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang Masalah

Pemerintah telah mencanangkan Visi Indonesia yaitu menjadi negara maju pada tahun 2025. Namun pemerintah juga sepenuhnya menyadari bahwa kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) masih menjadi suatu tantangan dalam mewujudkan visi tersebut. Para pakar dibidang SDM menyatakan bahwa kualitas SDM secara dominan ditentukan oleh kemudahan akses pada pendidikan dan fasilitas kesehatan yang berkualitas. Menurut UNDP (2011), keberlangsungan suatu negara ditentukan oleh faktor sosial dan lingkungan yang mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakatnya. Adapun peningkatan kesehatan warga negara akan berkontribusi langsung terhadap pembangunan sumber daya manusia (<http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>).

Selama empat dekade terakhir, sistem perawatan kesehatan di Indonesia telah berkembang pesat dan tingkat kesehatan masyarakat Indonesia sudah meningkat meskipun kesenjangan kemiskinan dalam status kesehatan dan akses layanan tetap menjadi masalah. Pemerintah telah berusaha mengatasi kesenjangan ini dan mengintensifkan upaya untuk memperbaiki kesehatan orang miskin menyusul krisis ekonomi pada tahun 1998 (Utomo, Suahya, & Utami, 2011).

Momentum peningkatan kualitas dan perawatan kesehatan yang terjangkau untuk semua telah melahirkan *Universal Health Coverage* (UHC). Sebagai bagian dari strategi Indonesia untuk mencapai tujuan UHC, investasi besar telah

dilakukan untuk meningkatkan akses kesehatan bagi masyarakat miskin, sehingga pelaksanaan berbagai skema asuransi kesehatan ditujukan untuk masyarakat miskin dan hampir miskin, termasuk program Jamkesmas (Brooks et al., 2017)

Semakin banyak negara terlibat dalam bentuk pembiayaan kesehatan untuk kemajuan menuju cakupan kesehatan universal (UHC) di sepanjang konteks dan tujuan negara mereka. Ini berfungsi untuk meningkatkan akses terhadap semua layanan kesehatan yang dibutuhkan dengan kualitas yang baik tanpa menghadapi kesulitan keuangan saat mencari perawatan. Peningkatan cakupan layanan kesehatan telah terbukti mengarah pada indikator kesehatan yang lebih baik dan berkontribusi pada pengembangan ekonomi yang lebih kuat. Pada saat yang sama, ada keuntungan politik bagi pemimpin politik yang mendukung agenda UHC, "dengan alasan sederhana bahwa mayoritas orang (pemilih) menginginkan akses terhadap layanan kesehatan berkualitas dan terjangkau (Vilcu, Probst, Dorjsuren, & Mathauer, 2016).

Dengan mempertimbangkan tingkat urgensi dari kesehatan, sesungguhnya pemerintah telah menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes (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 terbagi-bagi sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali (Riyadi, 2015).

Untuk mengatasi hal itu, pada tahun 2004 dikeluarkan Undang-Undang No.40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU No. 40 Tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI), Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, dan Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional (*Roadmap* Jaminan Kesehatan Nasional) dalam Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional tahun 2013.

Jaminan tersebut dibentuk berlandaskan hak konstitusional setiap orang dan wujud tanggungjawab negara. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas (Pasal 24 Ayat 3 UU Nomor 40 Tahun 2004).

Upaya kesehatan ini dibagi menjadi tiga, yaitu upaya kesehatan primer, sekunder dan tersier. Istilah "perawatan primer" dan "perawatan kesehatan primer" menggambarkan dua konsep yang berbeda. Perawatan primer, mengacu

pada layanan pengobatan keluarga yang biasanya diberikan oleh dokter kepada pasien individual dan berorientasi pada perawatan longitudinal. Pelayanan kesehatan primer, sebaliknya, adalah konsep yang lebih luas yang dimaksudkan untuk menggambarkan aktivitas tingkat individu dan kegiatan yang berfokus pada populasi yang menggabungkan unsur kesehatan masyarakat. Selain itu, perawatan kesehatan primer dapat mencakup kebijakan masyarakat yang lebih luas seperti akses universal terhadap perawatan kesehatan, penekanan pada pelayanan kesehatan yang adil, dan kolaborasi di dalam dan di luar sektor medis (Zou, Zhang, Hao, Shi, & Hu, 2015).

Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pelayanan kesehatan tidak lagi terpusat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan (faskes) tingkat lanjutan, namun pelayanan kesehatan harus dilakukan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medisnya. Dalam implementasi sistem kesehatan nasional prinsip *managed care* diberlakukan, dimana terdapat 4 (empat) pilar yaitu Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif. Dalam penerapan Prinsip tersebut memfokuskan pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)/Faskes Primer.

Adapun fasilitas kesehatan yang termasuk faskes tingkat pertama sesuai Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah :

1. Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. (Permenkes No. 128 Tahun 2004)

2. Praktik dokter umum

Praktik dokter umum adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter umum terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan. (UU No. 29 Tahun 2004)

3. Praktik dokter gigi

Praktik dokter gigi adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan. (UU No. 29 Tahun 2004)

4. Klinik umum

Klinik umum adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis. (Permenkes No. 28 tahun 2011)

5. RS Kelas D pratama

RS Pratama adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan dasar yang tidak membedakan kelas perawatan dalam upaya menjamin peningkatan akses bagi masyarakat dalam rangka penyelenggaraan kegiatan upaya kesehatan perorangan yang memberikan pelayanan gawat darurat selama 24 jam, pelayanan rawat jalan, dan rawat inap.

Fasilitas Kesehatan tingkat pertama inilah yang akan menjadi gerbang utama peserta BPJS Kesehatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Untuk itu mutu pelayanan faskes primer ini harus senantiasa kita jaga dan ditingkatkan, sebagai

upaya mengantisipasi efek dari implementasi Jaminan Kesehatan nasional di masa mendatang, yang akan mengakibatkan naiknya permintaan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena kepastian jaminan sudah didapatkan. Jika mutu pelayanan FKTP tidak diperkuat, masyarakat akan mengakses faskes tingkat lanjutan sehingga akan terjadi kembali lonjakan angka rujukan besar-besaran. Diperkirakan bahwa 75% sampai 85% orang pada populasi umum hanya memerlukan layanan perawatan primer pada tahun tertentu (Zou et al., 2015).

Presiden Joko Widodo mengakui, penggunaan kartu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) masih bermasalah di berbagai daerah di tanah air (Beritasatu.com, 27 Februari 2015). Fasilitas kesehatan tingkat pertama khususnya puskesmas yang menjadi pelayanan tingkat pertama atau primer dalam program BPJS masih perlu dibenahi, karena sebagai tulang punggung pelayanan kesehatan, promosi dan prevelensi yang mendorong meningkatnya peran dan kemandirian masyarakat dalam mengatasi berbagai faktor kesehatan, mengurangi biaya pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif, dan keberhasilan pelayanan primer akan mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional, dimana akan mengurangi jumlah pasien yang akan dirujuk.

Saat ini keberadaan jumlah puskesmas di seluruh Indonesia yaitu: Puskesmas perawatan 3.028 dan non perawatan 6.293 Total 9.321 dimana berdasarkan data kondisi fisik puskesmas dalam kondisi baik 5.715, rusak ringan 2.182, rusak sedang 886, rusak berat 163, tidak ada data 238 Jumlah 9.185 (sumber: risfaskes, 2011). Sedangkan dalam ketersediaan Puskesmas, menurut data BPS 1 Januari 2013, terdapat 364 kecamatan di Indonesia yang belum memiliki Puskesmas.

Keberadaan fasilitas kesehatan masih belum merata dan terfokus di daerah maju, padahal memperoleh layanan kesehatan merupakan hak peserta. Kompensasi wajib diberikan oleh BPJS apabila tidak tersedianya layanan kesehatan di daerah tempat tinggal warga. Sedangkan pada prosedur pelayanan BPJS peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama atau primer. Dalam hal ini peserta yang memerlukan pelayanan tingkat lanjutan harus melalui rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

Tenaga kesehatan pada FKTP (dokter dan perawat) mempunyai peran dan tanggung jawab yang besar mengenai masalah kesehatan masyarakat, terutama dalam hal pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu kepada masyarakat. Namun pada kenyataannya berdasarkan skala nilai relatif berbasis sumber daya (RBRVS), yang diterapkan untuk pembayaran dokter, dokter perawatan primer terus menerima pembayaran lebih rendah daripada spesialis untuk pekerjaan yang sebanding karena pembayaran dokter didasarkan pada perkiraan waktu yang ditentukan, perkiraan biaya praktik serta usaha kerja maksimal. Selain itu, banyak perusahaan asuransi akan membayar prosedur diagnostik dan diagnostik kompleks berbasis rumah sakit dengan menggunakan teknologi tinggi, namun tidak untuk kunjungan pencegahan rutin dan konsultasi (Shi, 2012).

Berbagai permasalahan pelaksanaan program JKN pada fasilitas kesehatan tingkat pertama secara nasional juga terjadi di Daerah Kabupaten Tojo Una-Una. Permasalahan yang terjadi didominasi oleh pemberian obat yang belum maksimal, minimnya sarana kesehatan, kurangnya SDM dan menurunnya benefit yang

diterima peserta. Jumlah dan jenis puskesmas di Kabupaten Tojo Una-Una per tahun 2013 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1.1
Rekapitulasi Puskesmas Kabupaten Tojo una-una
keadaan 31 Desember 2013

No.	Puskesmas	Kode Puskesmas	Alamat	Jenis Puskesmas
1	MATAKO	P7209010101	Ds. Matako, Kec. Tojo Barat	Perawatan
2	TOMBIANO	P7209010202	Ds. Tombiano, Kec. Tojo Barat	Non Perawatan
3	UEKULI	P7209020101	Ds. Uekuli, Kec. Tojo	Perawatan
4	MAROWO	P7209030101	Ds. Marowo, Kec. Ulubongka	Perawatan
5	DATARAN BULAN	P7209040102	Ds. Dataran Bulan, Kec. Ampana Tete	Perawatan
6	TETE	P7209040201	Ds. Tete, Kec. Ampana Tete	Non Perawatan
7	AMPANA TIMUR	P7209050201	Kel. Bailo, Kec. Ampana Kota	Non Perawatan
8	AMPANA BARAT	P7209050202	Ds. Dondo, Kec. Ampana Kota	Non Perawatan
9	WAKAI	P7209060101	Ds. Wakai, Kec. Una-Una	Perawatan
10	LEBITI	P7209070201	Ds. Lebiti, Kec. Togean	Non Perawatan
11	DOLONG	P7209080101	Ds. Dolong, Kec. Walea Kepulauan	Perawatan
12	POPOLII	P7209080202	Ds. Popolii, Kec. Walea Kepulauan	Non Perawatan
13	PASOKAN	P7209081201	Ds. Pasokan, Kec. Walea Besar	Non Perawatan

Sumber : Data Dasar Puskesmas Kemenkes 2014

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa Kabupaten Tojo Una-Una telah memiliki sarana dan SDM yang terdapat pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk melaksanakan JKN. Namun masih ada 7 unit puskesmas yang belum menyediakan layanan dan sarana untuk rawat inap. Selain itu berdasarkan data dasar puskesmas Provinsi Sulawesi Tengah keadaan Desember 2013, jika dilihat dari kondisi fisik bangunan puskesmas ada 5 unit puskesmas yang rusak berat, 1 unit rusak sedang dan 4 unit rusak ringan.

Jumlah penduduk Kabupaten Tojo Una-Una berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik tahun 2013 berjumlah 143.788 Jiwa, sedangkan jumlah peserta JKN di tahun 2014 berjumlah 70.902 Jiwa. Dari data tersebut dapat dilihat bahwa perbandingan antara jumlah penduduk, dengan peserta JKN dan fasilitas kesehatan (puskesmas) adalah $143.788 : 70.902 : 13$ atau $11.061 : 5.454 : 1$ yang artinya 1 fasilitas kesehatan (puskesmas) melayani 5.454 peserta JKN atau melayani 11.061 penduduk secara keseluruhan. Dengan rasio tersebut maka dapat dikatakan bahwa keseimbangan antara jumlah masyarakat/peserta JKN dan fasilitas kesehatan masih mengalami kesenjangan.

Kesenjangan fasilitas kesehatan ini pada akhirnya berdampak pada rendahnya kualitas pelayanan yang muncul dalam berbagai bentuk. berbagai masukan perbaikan, kritik dan saran ditujukan kepada pelayanan kesehatan di Indonesia yang bertujuan agar mutu pelayanan kesehatan di Indonesia semakin meningkat. Hal ini mendorong banyak pihak melakukan penelitian mengenai mutu pelayanan kesehatan di Indonesia.

Berdasarkan latar belakang pemikiran di atas, maka penulis tertarik untuk meneliti tentang analisis mutu pelayanan Program JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kabupaten Tojo Una-Una Provinsi Sulawesi Tengah.

I.2 Rumusan Masalah

Berhubungan dengan hal yang diuraikan diatas, maka penulis mengangkat permasalahan-permasalahan sebagai berikut :

1. Bagaimana mutu pelayanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam pelaksanaan Program JKN di Kabupaten Tojo Una-Una Provinsi Sulawesi Tengah?
2. Faktor-faktor apa yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam pelaksanaan Program JKN di Kabupaten Tojo Una-Una Provinsi Sulawesi Tengah?

I.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah, sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui Bagaimana mutu pelayanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam pelaksanaan Program JKN di Kabupaten Tojo Una-Una.
2. Untuk mengetahui Faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam pelaksanaan Program JKN di Kabupaten Tojo Una-Una.

I.4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Secara Teoritis

Secara teoritis penelitian dapat kiranya memberikan sumbangan ilmu pengetahuan dan bahan-bahan masukan dalam usaha meningkatkan mutu layanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Tojo Una-Una.

2. Secara Praktis

Manfaat Praktis penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi :

- a. Peneliti, dalam mengembangkan wawasan akademik sehingga mampu memahami pelayanan fasilitas kesehatan.

- b. Pemerintah Daerah Kabupaten Tojo Una-Una, sebagai rujukan dalam memaksimalkan pelayanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- c. FKTP/Puskesmas sebagai masukan guna memperbaiki beberapa kelemahan yang dimiliki dalam pelaksanaan tugas pelayanan khususnya pada pasien peserta program JKN.
- d. Kalangan Akademisi, peneliti lain dan pemerhati masalah pelayanan kesehatan, sebagai rujukan ilmiah dalam melakukan kajian, penelitian dan berbagai upaya perbaikan pelayanan kesehatan.
- e. Masyarakat secara umum, guna memahami penyelenggaraan pelayanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Tojo Una-Una.