

## TANTANGAN PROGRAM JARING PERLINDUNGAN SOSIAL BIDANG KESEHATAN DI RUMAH SAKIT

Susilowati

Arwendi Setiawan

Peneliti Program Jaring Perlindungan Sosial  
Bidang Kesehatan-Pusat Penelitian dan Pengembangan IKM  
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

**Background:** The Social Safety Net Program in Health (JPSBK) in its many implementation models has been oriented to fulfill the commitment to cut down the marginalization process among the poor in health care due to the monetary crisis. One of JPSBK programs, particularly that undertaken in hospitals, has so far helped tens and even thousands of patients from poor families to reduce the cost of their hospitalization. However, when we come to and always talk about the concept of Law of Medical Money, it is a fact that no matter how much money is allocated in health care sector, the amount is never sufficient and incomparable to the demand.

**Conclusion:** Therefore, JPSBK also faces the same frontier phenomenon, in which the program has as its foremost problem the limited funds and limited authority to allocate the funds, which then affects other aspects of the program, including service quality, dichotomy of moral awareness of health personnel, and responses from targeted community.

*Key words:* social safety net, hospital

### Latar Belakang PJPS-BK di Rumah Sakit

Ketika kita berbicara tentang JPS-BK, maka asosiasi yang muncul adalah sebuah serangkaian tindakan darurat untuk mengantisipasi dampak krisis pada keluarga miskin berkenaan dengan aspek kesehatannya<sup>1</sup>. Harapan para perumus program terutama di tingkat pusat, model ini dapat berjalan secara mulus dan kontinu untuk mengganti setiap biaya yang harus dikeluarkan dalam perawatan bagi keluarga miskin pemegang kartu sehat, termasuk yang sakit dan dirawat inap di rumah sakit dalam kondisi apapun. Namun dalam prakteknya ternyata tidak sesederhana itu, mekanisme yang ada tidak memungkinkan program PJPS-BK hanya sekedar mengganti dana sebesar daftar isian proyek OPRS (Operasional dan Pemeliharaan Rumah Sakit) dengan dana PJPS-BK yang telah dialokasikan. Kasus-kasus yang terjadi menunjukkan bahwa PJPS-BK di rumah sakit banyak memunculkan dikotomi yang sifatnya multidimensional<sup>2</sup>. Identifikasi yang telah terhimpun selama program

ini berjalan memperlihatkan dimensi-dimensi tersebut meliputi:

- a). Menyangkut pada masalah perumusan dan bias interpretasi juklak PJPS-BK mengenai pelayanan keluarga miskin (gakin) di rumah sakit yang sampai saat ini masih terkesan global dan *image* perumusan aturannya adalah sebagai sebuah keputusan-keputusan hukum yang sangat formal dan kaku. Hal ini menjadikan banyak pertentangan dan pertanyaan sejauhmana kewenangan institusi kesehatan seperti rumah sakit umum pemerintah dapat menuruti atau memodifikasi kebijakan jika mempertimbangkan kondisi setempat. Model-model antisipasi adaptif akhirnya sangat tergantung pada tingkat keberanian pengambil keputusan di tingkat rumah sakit. Tentunya akan sangat efektif jika fungsi-fungsi otonomi kewilayahan yang dipimpin oleh dinas kesehatan propinsi, pengambil keputusan di rumah sakit dan

puskesmas selalu mengadakan perumusan-perumusan bersama dan membuat sistematika "filter" bertitik tolak dari kasus tertentu yang terjadi. Bisa berawal dari perumusan tentang sejauhmana mereka dapat menerima pasien gakin sampai dengan tingkat pelayanan senilai berapa, masalah imbal jasa bagi pelayan kesehatan dan sebagainya.

- b). Permasalahan tenaga pelayanan kesehatan: antara tuntutan profesional-moral versus penghargaan atas jasa mereka. Selama ini tuntutan profesional tenaga medis seperti perawat dan dokter selalu diidealkan mengedepankan pertolongan terhadap semua orang yang sakit sebagai bentuk kewajiban moral, dan bersifat nir laba. Namun demikian secara konkret dan faktual, untuk imbal jasa para tenaga medis selama ini (Sebelum JPS) di rumah sakit pemerintah pun tergolong relatif kecil dibandingkan dengan resiko, jam kerja tanggung jawab dan nilai penghargaan keilmuan yang ada, apalagi setelah PJPS-BK kemudian bergulir. Ketentuan yang konstan (sampai dengan saat ini) bahwa dana PJPS-BK hanya mengganti dana OPRS utuh untuk biaya gakin di rumah sakit dan kian melonjaknya secara tajam pasien di rumah sakit dengan fasilitas ini telah menambah beban bagi tenaga medis yang ada. Bertambahnya kuantitas yang tidak diimbangi dengan kesiapan dana khususnya untuk jasa pelayanan tenaga kesehatan dan prasarana asumsi logisnya akan menurunkan kualitas pelayanan yang ada.
- c.) Masalah konsep dan mekanisme rujukan belum terakomodasi dan terkomunikasikan secara luas di masyarakat telah mengakibatkan banyak ketidaktahuan masyarakat akan nilai dan manfaat kartu sehat dan sejauhmana batas-batas kemampuan kartu sehat mampu mengganti biaya pelayanan medik mereka. Hal ini menjadi masalah krusial ketika banyak dijumpai masyarakat salah dalam memahami kapasitas kartu sehat, atau hanya menerima

informasi secara sepotong-sepotong. Bisa jadi justifikasi negatif begitu banyak melayang ke institusi kesehatan termasuk rumah sakit, seperti isu diskriminasi, manipulasi, korupsi dan sebagainya yang kemungkinan besar berawal dari kesenjangan pengetahuan tentang sejauhmana kartu sehat dapat berguna.

- d). Permasalahan mekanisme *gate keeper*, dalam hal ini puskesmas yang merujuk keluarga miskin masih banyak yang belum mampu mendefinisikan dan mengklasifikasikan secara logis, mana pasien pemegang KS yang mampu dilayani oleh puskesmas sendiri, dan mana yang harus dirujuk ke rumah sakit berfasilitas PJPS-BK. Muncul juga asumsi bahwa puskesmas yang merasa terlalu banyak beban pasien KS nya akan merujuk pasien lainnya ke rumah sakit meski sesungguhnya dapat dilayani secara mandiri di puskesmas. Jika anggapan ini benar tentunya berkaitan dengan pertimbangan alokasi dana dan tenaga yang terbatas. Hal ini bisa jadi yang menyebabkan pasien gakin pemegang KS di rumah sakit begitu banyak dan melonjak drastis. Rumah sakit akhirnya menjadi tumpuan utama pengharapan terakhir bagi gakin yang sakit untuk mendapatkan fasilitas

### Tiga Perspektif Pemahaman PJPS-BK di Rumah Sakit

Dalam pemahaman sejauhmana tantangan JPS-BK di rumah sakit, ada baiknya jika proses pemahaman tersebut dilihat melalui tiga perspektif pendekatan sekaligus karena masing-masing selalu berkaitan. Perspektif tersebut meliputi dari masyarakat, tenaga pelayanan medis, dan kebijakan rumah sakit.

- a) Dari perspektif masyarakat, sesungguhnya masyarakat miskin diuntungkan dengan pelayanan ini, dimana sampai dengan batas-batas tertentu mereka tidak dibebani biaya pelayanan di rumah sakit. Namun demikian pembagian kartu sehat ada baiknya kelak disertai juga dengan semacam brosur

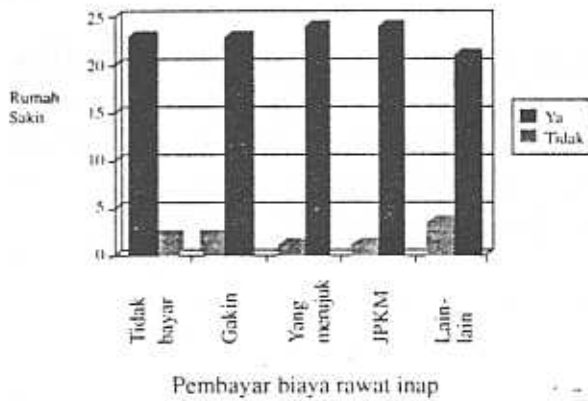


tentang bagaimana mekanisme penggunaan kartu sehat tersebut, bagaimana ketentuan batas-batas hak dan kewajiban pemakainya. Hal ini menjadi penting mengingat sebagian besar masyarakat pemegang kartu sehat belum tahu bagaimana penggunaan kartu sehat tersebut berikut mekanisme rujukan dari puskesmas dan bidan beserta hal lain yang berkenaan dengan itu. Jika selama ini gakin sebagian besar periksa di puskesmas selalu mendapatkan layanan gratis, maka ia bisa jadi akan mengalami hal baru ketika terpaksa masuk ke rumah sakit dan tidak dapat mengandalkan semua pelayanan akan gratis. Bisa jadi tidak sepenuhnya gratis karena pertimbangan tertentu, hal ini tentunya akan banyak menimbulkan keluhan dan tanda tanya di masyarakat.

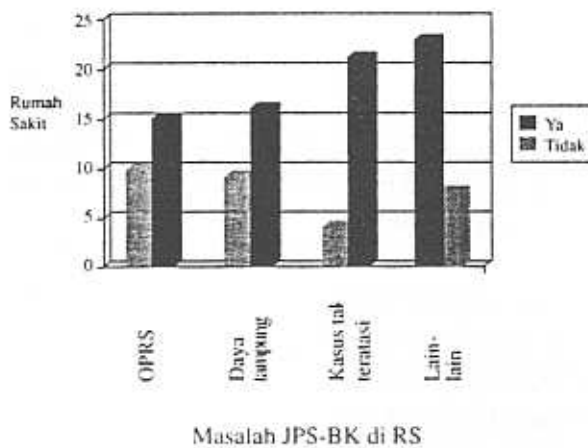
Kasus yang lain berkaitan dengan terdapatnya pasien yang baru memiliki KS setelah dirawat beberapa waktu di RS. Indikasi pasien yang mampu secara ekonomis namun tetap memegang KS sampai dengan saat sekarang masih bermakna memiliki legitimasi mendapatkan hak yang sama dengan yang "pure" KS. Menurut penulis hal ini merupakan perilaku adaptif, logis dan manusiawi. Bagaimanapun anggota masyarakat di lapisan sosial tertentu masih banyak yang terkategori dalam taraf liminal (status sosial ekonomi yang masih *not here not there*). Jika masih dalam taraf tersebut mereka kemudian terdesak, terkena musibah, sakit dengan kasus terminal berbiaya tinggi dan sebagainya mereka tidak sungkan-sungkan untuk mau dikatakan sebagai golongan miskin, tak sungkan membuat rekayasa bahwa mereka adalah benar-benar miskin. Sekali lagi hal tersebut adalah wajar dan manusiawi. Yang perlu disikapi di sini jelas tidak mungkin dalam waktu yang singkat kita dapat mengubah mentalitas masyarakat yang demikian. Kita tidak dapat berharap banyak pada masyarakat kita berperilaku seperti golongan masyarakat miskin di negara maju lainnya yang telah memiliki kesepakatan nilai bersama bahwa

dibiayai dan disubsidi dari pemerintah adalah kondisi yang tidak menyenangkan dan memalukan. Mentalitas dan nilai budaya masyarakat kita belum setaraf demikian. Ketika berhadapan dengan mentalitas, maka model aturanlah yang mampu membatasinya. Banyak fakta telah menunjukkan masyarakat yang sesungguhnya termasuk tidak berhak dapat memiliki KS dengan berbagai alternatif cara. Dari sekian banyak penyimpangan status pengguna KS tersebut tampak bahwa sistemnyalah yang lemah dan perlu pembenahan. Kartu sehat sendiri dalam batas ini ternyata belum mampu untuk mengidentifikasi gakin yang sesungguhnya, masih diperlukan perangkat-perangkat penyaring lainnya. Untuk menyaring orang yang benar-benar membutuhkan pertolongan dengan fasilitas ini perlu dibuat semacam yang diistilahkan oleh penulis sebagai filter sosial yang bersifat lokal (kewilayahan). Filter ini bisa berlaku jika juklak dan juknis telah disepakati dan didesain oleh wilayah setempat.

- b) Dari perspektif tenaga pelayanan medis, masyarakat yang sakit dalam berbagai statusnya (KS ataupun non KS) sesungguhnya mereka jelas berkapasitas sebagai konsumen dan rumah sakit beserta tenaga pelayanan medisnya berkapasitas sebagai produsen (jasa). Hal ini tidak dapat dipungkiri dan memang demikian posisi tersebut adanya. Mereka masing-masing menempati posisi hak dan kewajiban sampai dengan batas-batas tertentu. Selayaknya dalam konsep ekonomi klasik, dimana ada unsur kelebihan (keunggulan kompetitif) di produsen dengan adanya peluang perawatan pasien secara gratis, maka konsumenpun terus bertambah/meningkat. Meski dua posisi tersebut fenomenal, namun yang membedakannya dalam kasus PJPS-BK di rumah sakit tenaga pelayan dan institusi secara ekonomis tidak diuntungkan dengan posisi tersebut (*non profit oriented*) yang akhirnya berimplikasi pula pada banyaknya keluhan tenaga medis berkaitan dengan tidak adanya imbal jasa bagi mereka<sup>3</sup>.



Gambar 1. Prosentase pembayar biaya pelayanan rawat inap untuk keluarga miskin JPS-BK yang paling sering. Responden adalah Kepala RS Kabupaten. (n=25) (Sumber: Survei Longitudinal JPS-BK I UGM)

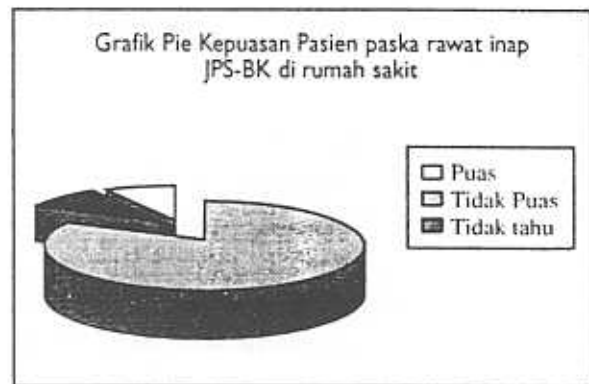


Gambar 2. Prosentase masalah JPS-BK di Rumah Sakit Kabupaten. (n=25) (Sumber: Survei Longitudinal JPS-BK I UGM)

c) Dari persepektif institusi rumah sakit. Sesungguhnya institusi kesehatan seperti rumah sakit semenjak sebelum adanya PJPS-BK pun sudah terbiasa untuk menangani dan melayani pasien yang termasuk miskin, kompleksitas masalah yang selalu berkuat pada ketidakmampuan membayar pasien rawat inap dan permasalahan prosedur rujukan telah menjadi hal yang biasa. Hal yang membedakannya: Pertama, dalam kondisi saat ini rumah sakit umum pemerintah merupakan tempat tujuan yang paling ekonomis bagi gakin ketika mereka tidak mampu periksa di pelayanan kesehatan lain, atau ketika mereka ditolak

secara halus di pusat pelayanan kesehatan wilayah terdekat berkaitan dengan status mereka. Kedua, saat ini rumah sakit terbebani juga dengan pasien yang se sesungguhnya non gakin namun kemudian begitu *legitimate* karena punya KS, terkesan oportunist dan memanfaatkan sikon yang ada. Dengan segala keterbatasan yang dimiliki RS dalam 3 bulan sejak JPS-BK diluncurkan, pelayanan terhadap keluarga miskin tetap berjalan. Hampir semua RS menggratiskan pasien yang masuk baik lewat jalur rujukan atau datang sendiri dengan biaya dari JPS-BK. Namun masih ada satu-dua rumah sakit yang menerima sumber-sumber pembayaran dari JPKM, dari keluarga miskin sendiri maupun dari perujuk seperti ditunjukkan dalam grafik 1 yang harus dipikirkan bagaimana sebaiknya mekanisme yang seharusnya. Beberapa permasalahan dalam pelayanan JPS-BK di rumah sakit adalah pemanfaatan dana dalam sistem OPRS, daya tampung yang terbatas dan kasus yang muncul sebagai pengguna KS adalah kasus terminal yang berbiaya tinggi. Lihat grafik 2.

**Pendapat Masyarakat tentang Pelayanan JPS-BK di Rumah Sakit**



Gambar 3. Prosentase Kepuasan Pasien paska rawat inap JPS-BK di rumah sakit (n=40)

Dalam kesempatan awal bulan April PusLitBang IKM UGM berhasil melakukan survei kepuasan pasien paska rawat inap JPS-BK dengan jumlah sampel 40 responden yang telah pulang dari rawat inap di RS pusat rujukan milik Pemerintah.

Pengambilan sampel dilakukan secara random dari daftar pasien rujukan di Puskesmas dan desa yang dirujuk ke RS tersebut.

Dalam menjawab pertanyaan tentang bagaimana pelayanan tenaga medis terhadap pasien kartu sehat, ternyata sebanyak 34 pasien menyatakan tenaga medis memperlakukan mereka secara baik dan mengerti akan perasaan mereka. 3 pasien menyatakan pelayanan mereka buruk, dan 3 pasien lagi menyatakan tidak tahu. Dari data ini telah ditunjukkan bahwa sebagian besar dari mereka gakin berstatus pemegang KS menyatakan pelayanan terhadap mereka sudah baik. Dalam hal ini bisa jadi ukuran dan kapasitas pemahaman kualitas pelayanan pasien sangat dipengaruhi oleh faktor kelas sosial dan perbedaan budaya<sup>4</sup>. Dalam ukuran mereka kualitas pelayanan yang ada telah memadai bahkan lebih dari cukup. Sebagian kecil yaitu 3 responden menyatakan tidak menyukai pelayanan di Rumah Sakit Sardjito, mereka ada yang menyatakan mendapat sindiran dan tekanan psikis karena status sebagai gakin merupakan *status "the second class"*. Hal yang penting di sini tidak berarti mereka yang tidak puas akan pelayanan dengan kartu sehat adalah secara riil tidak dalam kategori miskin, bisa jadi mereka mengatakan demikian karena mereka lebih tahu akan standar pelayanan yang wajar dalam kelas yang sama, atau ketajaman mereka dalam memahami kapasitas mereka sebagai pasien gratis, yang berimplikasi pada perasaan tertekan dan sebagainya. Keinginan--sebatas gagasan untuk pindah ke kelas ruang perawatan yang lebih baik adalah wajar, dan belum dapat untuk ingin-dikasikan bahwa mereka sesungguhnya merupakan kelas orang yang mampu.

Namun demikian dari data tersebut dapat tergambar bahwa pelayanan bagi gakin setidaknya secara mayoritas masih diakui baik dalam porsi mereka.

#### Saran-Saran:

1. Seseegera mungkin dipikirkan membentuk model "filter sosial" yang secara selektif menentukan siapa yang paling prioritas

dilayani di antara sekian banyak pasien pemegang kartu sehat. Hal ini bukan berarti mengurangi kuantitas pelayanan calon pasien KS namun lebih ditujukan pada seleksi setepat-tepatnya sasaran. Juklak tentang PJPS-BK yang global tetap dibiarkan apa adanya, yang perlu saat sekarang adalah legitimasi referensi yang isinya memberi kebebasan wilayah untuk menentukan filter yang paling tepat dan ideal. Agar tidak subyektif hanya dari kaca mata kalangan pengelola rumah sakit, tentunya perumusan kriteria filter perlu dibuat secara bersama seperti dari unsur RS, Dinas Kesehatan, Puskesmas dan unsur masyarakat sendiri. Mekanisme filter bisa berupa aturan:

- a. Yang dilayani dengan dana PJPS-BK adalah pemegang kartu sehat sejak awal masuk RS. Hal ini untuk menghindari elastisitas kriteria gakin pemegang KS di tingkat desa dan puskesmas yang merujuk karena pertimbangan-pertimbangan tertentu kemudian.
- b. Pasien rawat inap berfasilitas JPS menempati kelas III b, bila pasien berkehendak menempati ke kelas lebih tinggi, maka fasilitas pembebasan biaya sebelumnya tidak lagi diberlakukan.
- c. Membuat keterangan rinci dan persyaratan yang harus dibaca calon pasien yang akan menjalani rawat inap termasuk membuat batas-batas aturan sejauhmana calon pasien pemegang kartu sehat mampu dilayani dengan fasilitas tersebut.
- d. Tetap diberlakukannya surat rujukan dengan diperkuat keterangan benar-benar tidak mampu dari aparat setempat.
- e. Ada pula model filter penyeleksi kategori miskin tambahan lainnya yang dapat dibuat sebagai kombinasi, seperti diwajibkannya mencantumkan bukti rekening listrik sekian bulan terakhir, rekening PAM, dan rekening pajak bumi dan bangunan sebagai alat penjajak tambahan status sebenarnya calon pasien.

2. Segera dipikirkan alternatif pemberian insentif yang memadai bagi tenaga pelayanan kesehatan di rumah sakit berkaitan dengan program JPS-BK ini. Membiarkan mereka bekerja di bawah jargon kepedulian sosial, rasa kemanusiaan, komitmen profesi dan sebagainya tanpa adanya imbalan di saat sekarang tentunya merupakan konsekuensi yang sangat berat yang akhirnya berdampak pula pada kualitas pelayanan.
2. Vivian, J. *Social Safety Nets and Adjustment in Developing Countries*. UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development) Geneva, Switzerland, 1994.
3. Depkes. *Petunjuk Teknis Pelaksanaan Program Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan (PJPS-BK) Edisi Revisi*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 1998
4. Koos, Earl Lomon. *The Health of Regionville: What the People Thought and Did About It*. New York: Columbia University Press, 1954.

#### KEPUSTAKAAN

1. Cornelius, P.K. *Cash Benefit and Poverty Alleviation in an Economy in Transition: The Case of Lithuania*. 1995.