

# Ketidaktepatan Sasaran Jaminan Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Kriteria Miskin Pendataan Program Perlindungan Sosial

## Inaccuracy of Public Health Insurance Target Based on Poor Criteria of Data Collection for Social Protection Program

Umi Lutfiah\*, Ery Setiawan\*\*, Sindu Setia Lucia\*

\*Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, \*\*Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia

### Abstrak

Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) hingga tahun 2010 mencapai 76,4 juta jiwa mencakup masyarakat miskin dan tidak mampu, sedangkan peserta Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) mencapai 31,6 juta jiwa. Secara prinsip, program Jamkesda dibentuk untuk memfasilitasi masyarakat miskin dan kurang mampu di luar kuota Jamkesmas yang di-biayai oleh pemerintah daerah. Penelitian ini bertujuan untuk meninjau ketepatan sasaran peserta program Jamkesmas berdasarkan kriteria miskin Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS). Sumber data yang digunakan adalah data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2012. Populasi dari penelitian ini adalah seluruh rumah tangga di Indonesia tahun 2012. Sampel penelitian adalah rumah tangga terpilih dari masing-masing blok sensus. Analisis yang dilakukan adalah analisis univariat, bivariat hingga multivariat dengan regresi logistik. Masih terdapat 12,4% penduduk yang mendapatkan Jamkesmas, tetapi tidak miskin atau hampir miskin. Selain itu, masih terdapat 56,4% penduduk yang hampir miskin dan 41,1% penduduk miskin yang belum terjangkau pesertaaan Jamkesmas. Layanan gratis merupakan faktor yang paling menentukan apakah penduduk dapat menjadi peserta Jamkesmas atau tidak. Mereka yang memiliki layanan kesehatan gratis berpeluang 5,462 kali mendapatkan layanan Jamkesmas dibandingkan mereka yang tidak memiliki layanan gratis. Perbaikan basis data, pengawasan, evaluasi serta sistem alokasi yang baik sangat diperlukan untuk mengurangi ketidaktepatan sasaran. Penyesuaian data antara Kementerian Kesehatan dan dinas kesehatan daerah berguna dalam penanganan peserta yang belum terdata.

**Kata kunci:** Jamkesmas, pendataan program perlindungan sosial, survei sosial ekonomi nasional, tinjauan kebijakan

### Abstract

Participants of Public Health Insurance (*Jamkesmas*) up to 2010 reached 76.4 million including poor and disadvantaged people, meanwhile participants of Regional Health Insurance (*Jamkesda*) reached 31.6 million peo-

ple. In principle, *Jamkesda* program is made to facilitate the poor and disadvantaged people outside *Jamkesmas* quota funded by local government. This study aimed to review the accuracy of *Jamkesmas* participant target according to the poor criteria of Data Collection for Social Protection Program. Data source used was National Socio-Economic Survey 2012. Population of this study was all households in Indonesia within 2012. Sample of this study was households selected from each census block. Analysis conducted was univariate, bivariate, and multivariate with logistic regression. There were 12.4% people receiving *Jamkesmas*, but they were not poor or almost poor. Moreover, there were 56.4% the almost poor and 41.1% the poor not yet having access to *Jamkesmas*. Free service is the most determining factor whether people can be *Jamkesmas* participants or not. People having free health services had 5.462 times opportunity to get *Jamkesmas* service compared to people who did not. Database improvement, surveillance, evaluation as well as good allocation system are needed to reduce the inaccuracy of target. Adjustment of data between Health Ministry and local health agency is useful in handling uncovered participants.

**Keywords:** *Jamkesmas*, data collection for social protection program, national socio-economic survey, policy review

### Pendahuluan

Ketidaktepatan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (*Jamkesmas*) akan menyebabkan dampak penggunaan anggaran yang tidak efisien. Menurut data Badan Pusat Statistik (BPS), jumlah penduduk miskin dari tahun 2007 sampai 2010 berturut-turut adalah 37,1 juta, 34,96 juta, 32,53 juta, dan 31,023 juta jiwa. Jumlah

Korespondensi: Umi Lutfiah, Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Indonesia Kampus Baru UI Depok 16424, No.Telp: -, e-mail: lutfiah.upik@gmail.com

peserta Jamkesmas tahun 2007 sampai 2010 adalah 76,4 juta jiwa. Sedangkan alokasi anggaran tahun 2007 sampai 2010 meningkat dari 3,53 triliun, 4,7 triliun, 3,6 triliun, dan 5,5 triliun untuk tahun 2010.<sup>1</sup>

Sejak tahun 2012, penentuan peserta Jamkesmas menggunakan data survei BPS tahun 2011 oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) bekerja sama dengan Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).<sup>2,3</sup> Data Kemenkes menunjukkan cakupan peserta Jamkesmas di Indonesia tahun 2010 adalah 53,7% dari penduduk yang telah memiliki jaminan kesehatan.<sup>4,5</sup> Berdasarkan data BPS 2011, peserta Jamkesmas adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia yang berjumlah 76,4 juta jiwa, sedangkan jumlah penduduk miskin tahun 2010 sebanyak 31,023 juta jiwa. Jika masih terdapat masyarakat miskin yang belum terdata, maka mereka akan dimasukkan ke dalam Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).<sup>1</sup>

Jaminan kesehatan merupakan jaminan 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. Tujuan dari program ini adalah melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial.<sup>2,6,7</sup> Selain itu, program ini juga bertujuan untuk mencegah masyarakat yang hampir miskin untuk tidak jatuh miskin ketika sakit.<sup>8</sup> Masyarakat yang berhak mendapatkan Jamkesmas adalah rumah tangga sangat miskin, rumah tangga miskin, dan rumah tangga hampir miskin.<sup>5</sup>

Jumlah penduduk dan rumah tangga miskin ditetapkan oleh BPS dengan menggunakan garis kemiskinan. Garis kemiskinan didapatkan dari survei modul konsumsi Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang ditetapkan dalam rupiah per orang per bulan dan terdiri dari komoditas makanan dan komoditas nonmakanan. Komponen komoditas makanan akan digunakan untuk membentuk garis kemiskinan makanan (GKM) dan komoditas nonmakanan akan digunakan untuk membentuk garis kemiskinan nonmakanan (GKNM). Penduduk dengan nilai pengeluaran di bawah garis kemiskinan akan dikategorikan sebagai penduduk miskin.<sup>9</sup>

Terdapat dua jenis data kemiskinan, yaitu kemiskinan makro dan mikro. Kemiskinan makro bersumber dari Susenas dengan dasar GKM dan GKNM yang digunakan oleh BPS sebagai penentu jumlah penduduk dan rumah tangga miskin. Sedangkan data kemiskinan mikro menggunakan pendekatan nonmoneter bersumber dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) dan menyediakan data jumlah rumah tangga sasaran menurut nama dan alamat. Pendataan data kemiskinan mikro di-

laksanakan dari unit terkecil, mulai dari rumah tangga, rukun warga, kelurahan, kecamatan sampai tingkat kabupaten.<sup>10</sup> Jika pendataan jumlah penduduk dan rumah tangga miskin ini melebihi kuota Jamkesmas yang diberikan kepada pemerintah daerah, maka akan terdapat penduduk yang sebenarnya miskin tetapi tidak masuk cakupan Jamkesmas.

Penggunaan data kriteria kemiskinan mikro mampu menyediakan informasi mengenai penduduk miskin sampai dengan nama, alamat penduduk miskin, dan dapat mencakup penduduk hampir miskin.<sup>9,11</sup> Adapun 13 kriteria tersebut adalah mendapatkan beras murah, mendapatkan layanan kesehatan gratis, jenis atap terluar (berbahan dari beton/genteng/sirap/asbes/seng/ijuk), jenis dinding tempat tinggal (dari bambu/rumbia/kayu kualitas rendah/tembok tanpa diplester), jenis lantai terbuat dari kayu murah/bambu/tanah, luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari delapan meter persegi per orang, sumber air minum berasal dari sumur/mata air tak terlindungi/sungai/air hujan, tidak memiliki fasilitas buang air besar, sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik, bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah, status kepemilikan bangunan terdiri dari milik sendiri atau milik bersama, tempat pembuangan tinja, dan kepemilikan aset. Suatu rumah tangga dikatakan sangat miskin jika memenuhi semua dari 13 indikator tersebut, dikatakan miskin jika memenuhi 11 - 13 indikator, dan dikatakan hampir miskin jika memenuhi 9 - 10 indikator.<sup>11</sup> Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti ingin melihat ketepatan penerima Jamkesmas berdasarkan kriteria kemiskinan mikro yang digunakan oleh BPS dalam data PPLS.

## Metode

Penelitian menggunakan desain studi potong lintang dengan metode penarikan sampel tiga tahap berstrata. Tahap pertama adalah memilih wilayah cacah secara *probability proportional to size* (PPS). Wilayah cacah tersebut dialokasikan ke empat triwulan. Masing-masing triwulan terdapat 7.500 wilayah cacah. Tahap kedua dipilih dua blok sensus dan dialokasikan secara acak, satu untuk Susenas dan satu untuk Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas). Masih pada tahap kedua, dipilih lagi satu blok sensus pada setiap wilayah cacah secara PPS. Tahap terakhir adalah memilih sejumlah rumah tangga dari setiap blok sensus terpilih.<sup>12</sup> Populasi dari penelitian ini adalah seluruh rumah tangga di Indonesia pada tahun 2012. Sampel penelitian adalah rumah tangga terpilih dari masing-masing blok sensus dengan kriteria inklusi adalah mereka yang memiliki jaminan kesehatan dengan jumlah sampel sebesar 286.113 sampel. Penelitian ini menggunakan data Susenas tahun 2012 dengan teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner yang telah

dilaksanakan oleh BPS. Analisis data menggunakan analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat digunakan untuk melihat proporsi masyarakat penerima Jamkesmas dan masyarakat miskin. Analisis bivariat untuk melihat karakteristik yang berhubungan dengan pesertaaan Jamkesmas serta persentase masyarakat miskin yang telah tercakup program Jamkesmas. Analisis multivariat dengan regresi logistik dilakukan untuk melihat karakteristik yang paling memengaruhi dalam penentuan pesertaaan Jamkesmas.

### Hasil

Tabel 1 menunjukkan bahwa terdapat peserta Jamkesmas yang tidak berasal dari rumah tangga miskin dan hampir miskin. Hal ini terlihat dari persentase penduduk yang terdaftar sebagai peserta Jamkesmas lebih banyak dibandingkan dengan persentase penduduk

Tabel 1. Gambaran Penerima Jamkesmas dan Jumlah Penduduk Miskin

Variabel	Kategori	Jumlah	%
Kepesertaan jamkesmas	Tidak	218.080	76,2
	Ya	68.053	23,8
Kategori penduduk miskin	Tidak miskin	253.294	88,5
	Hampir miskin	27.557	9,6
	Miskin	5.262	1,8

miskin dan hampir miskin. Selisih antara peserta Jamkesmas dengan penduduk miskin dan hampir miskin adalah 12,4%.

Tabel 2 menunjukkan bahwa terdapat 13 kriteria yang berhubungan dengan Jamkesmas. Dari 13 kriteria yang menentukan pesertaaan Jamkesmas, terdapat satu kriteria yang tidak sesuai dengan aturan yang ada, yaitu status kepemilikan bangunan dengan OR = 0,625, artinya penduduk yang memiliki rumah sendiri memiliki peluang mendapatkan Jamkesmas 1,6 kali dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki rumah sendiri.

Selain itu, dekat prinsip memberi bantuan pada peserta Jamkesmas, masih ditemukan bahwa mereka yang tidak memiliki Jamkesmas tetapi mendapatkan fasilitas, di antaranya penduduk yang mendapatkan beras murah (63,1%), penduduk yang mendapatkan layanan gratis (45%), penduduk dengan atap rumah sirap/asbes/seng/ijuk (73,7%), penduduk dengan jenis dinding kayu/bambu tidak memiliki Jamkesmas (67,6%), penduduk dengan jenis lantai kayu/tanah/semen (69,8%), dengan luas lantai rumah per orang kurang dari delapan meter persegi (78%), tidak memiliki sumber air minum tersendiri (69,4%), penduduk yang tidak memiliki tempat buang air besar (66,6%), penduduk yang tidak memiliki listrik (60,8%), penduduk yang memasak dengan ba-

Tabel 2. Kriteria Penerima Jamkesmas

Kriteria	Kategori	Kepesertaan Jamkesmas				Nilai p	OR
		Tidak	%	Ya	%		
Beras murah	Penduduk tidak mendapatkan	129.814	88,8	16.402	11,2	0,001	4,650
	Penduduk mendapatkan	88.266	63,1	51.631	36,9		
Layanan kesehatan gratis	Penduduk tidak mendapatkan	191.992	84,1	36.171	15,9	0,001	6,485
	Mendapatkan	26.088	45,0	31.862	55,0		
Jenis atap terluas	Beton, genteng	95.555	79,8	23.691	20,2	0,001	1,406
	Sirap, asbes, seng, ijuk, dll.	124.525	73,7	44.342	26,3		
Jenis dinding	Tembok	158.144	82,3	29.742	17,7	0,001	2,225
	Kayu, bambu, lainnya	79.936	67,6	38.291	32,4		
Jenis lantai	Tegel, teraso, marmer, keramik	89.089	88,0	12.168	12,0	0,001	3,171
	Kayu, tanah, semen, lainnya	128.991	69,8	55.865	30,2		
Luas lantai per orang	< 8 m <sup>2</sup>	188.111	78,0	53.038	22,0	0,001	1,775
	≥ 8 m <sup>2</sup>	29.969	66,7	14.995	33,3		
Sumber air minum	Terlindungi	177.136	78,0	49.944	22,0	0,001	1,567
	Tidak terlindungi	40.944	69,4	18.089	30,6		
Tempat buang air besar	Sendiri	153.421	81,1	35.638	18,9	0,001	2,157
	Bersama, umum, tidak ada	64.659	66,6	31.395	33,4		
Sumber penerangan	Listrik	202.917	77,7	58.267	22,3	0,001	2,243
	Nonlistrik	15.163	60,8	9.766	39,2		
Jenis bahan bakar memasak	Listrik, gas	102.986	84,5	18.860	15,5	0,001	2,333
	Minyak, arang, briket, kayu	115.094	70,1	49.173	29,9		
Status kepemilikan bangunan	Milik sendiri	203.398	75,7	65.208	24,3	0,001	0,625
	Milik bersama	14.682	83,9	2.825	16,1		
Tempat pembuangan tinja	Tangki/SPAL	140.442	81,9	31.129	18,1	0,001	2,145
	Kolam, sawah, sungai, danau, tanah, pantai, tanah lapang	77.638	67,8	36.904	32,2		
Kepemilikan aset	2 item	109.824	86,0	17.814	14,0	0,001	2,860
	≤ 2 item	108.256	68,3	50.219	31,7		
Status kemiskinan	Tidak miskin	200.383	79,1	52.911	20,9	0,001	2,857
	Hampir miskin	15.533	56,4	12.024	43,6		
	Miskin	2.164	41,1	3.098	58,9		

Tabel 5. Analisis Regresi Logistik Jenis Kriteria Jamkesmas

Variabel	B	Nilai p	OR	95% CI
Jenis lantai	0,484	0,001	1,622	1,578 - 1,668
Jenis dinding	0,162	0,001	1,176	1,148 - 1,203
Jenis atap	0,062	0,001	1,064	1,040 - 1,090
Sumber air minum	-0,085	0,001	0,920	0,897 - 0,945
Sumber penerangan	0,097	0,001	1,102	1,065 - 1,140
Bahan bakar memasak	0,199	0,001	1,220	1,190 - 1,250
Tempat buang air besar	0,145	0,001	1,156	1,130 - 1,183
Tempat pembuangan tinja	0,094	0,001	1,099	1,073 - 1,125
Kepemilikan aset	0,376	0,001	1,456	1,422 - 1,492
Subsidi beras murah	1,159	0,001	3,187	3,117 - 3,258
Layanan kesehatan gratis	1,698	0,001	5,462	5,347 - 5,580
Luas lantai per orang	0,110	0,001	1,117	1,088 - 1,146

han bakar tradisional (70,1%), yang tidak memiliki rumah sendiri (83,9%), yang tidak memiliki saluran pembuangan air limbah (67,8%), dan penduduk yang hanya memiliki kurang atau sama dengan dua aset (68,3%).

Selain itu, terdapat 58,9% penduduk miskin dan 43,6% penduduk hampir miskin yang telah mendapatkan Jamkesmas. Akan tetapi, masih terdapat 20,9% penduduk tidak miskin yang mendapatkan Jamkesmas, sedangkan 41,1% penduduk miskin dan 56,4% penduduk hampir miskin belum mendapatkan Jamkesmas. Hal ini menunjukkan adanya ketidaktepatan sasaran peserta Jamkesmas.

Tabel 3 menunjukkan bahwa kriteria konsekuensi yang paling menentukan seseorang akan mendapatkan Jamkesmas adalah status layanan kesehatan gratis. Demikian pula mereka yang mendapatkan beras murah berpeluang 3,258 kali mendapatkan Jamkesmas dari yang tidak mendapatkan subsidi beras murah. Mereka yang mendapatkan layanan gratis akan berpeluang 5,462 kali untuk mendapatkan pesertaan Jamkesmas dibandingkan dengan mereka yang tidak mendapatkan layanan gratis. Penduduk yang memiliki jenis lantai kayu, tanah, dan semen memiliki peluang 1,668 kali untuk mendapatkan pesertaan Jamkesmas dibandingkan dengan mereka yang memiliki jenis lantai tegel, teraso, marmer, keramik, dan granit. Sementara mereka yang memiliki jenis dinding kayu dan bambu memiliki peluang 1,203 kali untuk mendapatkan Jamkesmas jika dibandingkan dengan mereka yang memiliki dinding rumah berupa tembok.

Faktor sumber air minum merupakan variabel yang memberikan efek negatif. Artinya, justru mereka yang tidak memiliki sumber air minum terlindungi lebih sedikit yang menerima Jamkesmas dibandingkan dengan mereka yang memiliki sumber air minum terlindungi. Penduduk dengan sumber air terlindungi (air kemasan bermerek, air isi ulang, air leding, sumur bor/pompa, sumur terlindungi, mata air terlindungi) justru memiliki peluang 1,11 kali lebih besar untuk mendapatkan peser-

taan Jamkesmas dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki sumber air minum terlindungi (sumur tidak terlindungi, mata air tidak terlindungi, air sungai, air hujan, lainnya).

Penduduk dengan sumber penerangan nonlistrik memiliki peluang 1,14 kali untuk mendapatkan Jamkesmas. Mereka dengan bahan bakar tradisional memiliki peluang 1,25 kali, sedangkan mereka yang tidak memiliki tempat buang air besar berpeluang 1,18 kali untuk mendapatkan Jamkesmas. Mereka dengan tempat saluran pembuangan air limbah berpeluang 1,12 kali untuk mendapatkan Jamkesmas. Kepemilikan dua aset atau kurang akan memengaruhi peluang untuk mendapatkan Jamkesmas 1,49 kali. Sementara itu, status layanan gratis merupakan faktor paling dominan dalam menentukan pesertaan Jamkesmas. Mereka yang mendapatkan layanan gratis memiliki peluang 5,58 kali untuk mendapatkan program Jamkesmas. Sementara mereka dengan luas lantai rumah per orang kurang dari delapan meter persegi akan memiliki peluang 1,12 kali untuk mendapatkan pesertaan Jamkesmas.

## Pembahasan

Penduduk Indonesia yang berhak ikut dalam program Jamkesmas adalah masyarakat miskin, tidak mampu, gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas, dan semua peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang telah memiliki atau belum memiliki kartu Jamkesmas. Bahkan pada tahun 2010 dan tahun 2011, cakupan peserta diperluas dengan dimasukkannya penghuni panti sosial, penghuni lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan negara, korban bencana, ibu hamil yang tidak memiliki jaminan kesehatan serta penderita penyakit talasemia. Sejak tahun 2007 - 2012, Kemenkes telah memberikan kuota peserta sebesar 76,4 juta jiwa.<sup>13-16</sup>

Masfiah *et al.*<sup>17</sup> menyebutkan bahwa penduduk Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan pada tahun 2007 hanya 40,32% dan yang tercakup oleh Jamkesmas sejumlah 39,47%. Kemudian, pada tahun 2010, pemerintah melalui Kemenkes melaporkan bahwa terdapat peningkatan penduduk yang memiliki jaminan kesehatan sebesar 60,24%.<sup>18</sup> Berbanding terbalik dengan laporan The World Bank yang menyatakan bahwa masih terdapat 60% penduduk Indonesia yang belum memiliki jaminan kesehatan, termasuk mereka yang bekerja di sektor informal.<sup>19</sup>

Faktanya, masih terdapat perbedaan proporsi antara mereka yang miskin, hampir miskin, dan tidak miskin dalam mendapatkan pesertaan Jamkesmas. Dengan kata lain, terjadi ketidaktepatan sasaran peserta program Jamkesmas. Ketidaktepatan sasaran tersebut ditandai dengan adanya pihak yang tidak berhak menjadi peserta, namun mendapatkan program Jamkesmas atau belum

seluruh penduduk miskin dan hampir miskin dapat tercatat dalam daftar target Jamkesmas. Idris,<sup>20</sup> juga menemukan adanya ketidaktepatan sasaran, sebanyak 23,39% orang yang berobat ke fasilitas kesehatan sebagai peserta Jamkesmas berasal dari golongan ekonomi menengah ke atas. Selain itu, adanya tumpang tindih keuntungan dari program serupa yang dikelola oleh pemerintah daerah, atau Jamkesda, yang disebabkan ketidakpercayaan terhadap data kemiskinan nasional dan perbedaan cakupan peserta.<sup>1</sup>

Ketidaktepatan sasaran program Jamkesmas juga sejalan dengan penemuan Indonesia Corruption Watch (ICW) di awal tahun 2009 yang menemukan bahwa terdapat enam permasalahan dalam program Jamkesmas. Keenam permasalahan tersebut adalah data peserta yang belum akurat, sosialisasi yang belum optimal, adanya pungutan untuk mendapatkan kartu, adanya peserta yang tidak menggunakan kartu ketika berobat, adanya pasien Jamkesmas yang tetap mengeluarkan biaya, dan masih buruknya kualitas pelayanan pasien Jamkesmas. Dua dari enam permasalahan Jamkesmas tersebut dapat menyebabkan ketidaktepatan sasaran program, yaitu permasalahan data yang tidak akurat serta pungutan liar untuk mendapatkan kartu peserta Jamkesmas.<sup>20</sup>

Selain itu, permasalahan penentuan kriteria miskin oleh pihak daerah, khususnya pihak pemerintah desa merasa kesulitan dalam menentukan pesertaan berdasarkan banyak kriteria yang ada. Menurut mereka, kriteria miskin yang ada tersebut sangat sulit dijadikan pedoman dalam menentukan warga yang berhak mendapatkan Jamkesmas. Hal ini dikarenakan cukup banyak warga yang terlihat mampu, namun sebenarnya sangat membutuhkan bantuan kesehatan, atau Jamkesmas, seperti warga yang memiliki penyakit kronis. Selain itu, dalam penelitian Antono,<sup>21</sup> di Kecamatan Kembaran, Kabupaten Banyumas, juga ditemukan beberapa perangkat desa yang mengusulkan diri mereka sendiri untuk mendapatkan Jamkesmas. Sama halnya kejadian di Kabupaten Bantul, pemilihan peserta Jamkesmas berdasarkan kedekatan personal dengan aparatur desa dikarenakan petugas tidak turun ke lapangan untuk mendata, melainkan menanyai perangkat desa.<sup>22</sup> Hal ini jelas akan menyebabkan ketidaktepatan sasaran program.

Selama ini, basis data peserta Jamkesmas tingkat nasional dari tahun 2008 sampai 2011 masih mengacu pada data makro BPS tahun 2005 dan pada tingkat daerah ditetapkan menurut nama dan alamat oleh surat keputusan walikota/bupati. Dengan demikian, data yang digunakan mengalami perubahan di lapangan, seperti banyaknya kelahiran baru, kematian, perpindahan tempat tinggal, perubahan tingkat sosial ekonomi, dan masih terdapat penyalahgunaan surat rekomendasi dari instansi yang berwenang, penyalahgunaan kartu oleh yang tidak berhak, dan masih adanya peserta yang masih sulit

mendapatkan surat keabsahan peserta bagi bayi baru lahir dari peserta Jamkesmas. Hal ini disebabkan masih belum adanya persamaan persepsi antara verifikator (Kementerian Sosial) dengan petugas di lapangan dan fasilitas kesehatan serta hanya sebagian kecil daerah yang memberikan umpan balik dalam hal pelaporan.<sup>15-16</sup>

Adanya perbedaan kriteria penduduk miskin di masing-masing daerah yang dapat memicu subjektivitas dalam penetapan sasaran, misalnya di daerah Kabupaten Bantul penentuan kriteria warga miskin berdasarkan Peraturan Bupati No. 27A/2007, sedangkan di daerah Sumenep penentuan kriteria miskin berasal dari data BPS pusat.<sup>1,22,23</sup> The World Bank dalam laporannya menyebutkan bahwa jumlah penerima Jamkesmas selalu lebih besar dari jumlah warga miskin. Hal ini disebabkan karena sistem alokasi yang ada, serta tidak diperbaruhinya data penduduk miskin secara berkala.<sup>19</sup>

Hal senada juga ditemukan dalam penelitian Budiarto,<sup>24</sup> bahwa masih terdapat peserta Jamkesmas yang bukan berasal dari penduduk miskin. Sebagian keuntungan dari jaminan kesehatan yang seharusnya untuk penduduk miskin, namun dinikmati oleh penduduk menengah ke atas. Ketidaktepatan sasaran ini dapat mengakibatkan kesenjangan sosial yang semakin tinggi. Pada saat kondisi penduduk hampir miskin, kemudian sakit dan tidak mendapatkan haknya sebagai peserta Jamkesmas, maka penduduk hampir miskin tersebut dengan terpaksa harus mengeluarkan sejumlah uang untuk membayar tagihan berobat yang dapat menyebabkan penduduk tersebut menjadi jatuh miskin. Padahal program Jamkesmas ditujukan khusus bagi rumah tangga sangat miskin, miskin, dan hampir miskin untuk mencapai akses pelayanan kesehatan dan untuk menurunkan biaya pengobatan yang dikeluarkan secara mandiri (*out of pocket*).<sup>25</sup>

Di sisi lain, meskipun terdapat peningkatan anggaran pemerintah pusat dari tahun 2007 hingga tahun 2012 untuk membiayai program Jamkesmas, namun akan menimbulkan ketidakefisienan karena kebocoran anggaran untuk membiayai yang bukan sasaran peserta Jamkesmas.<sup>16</sup> Secara tidak langsung, ketidaktepatan target program Jamkesmas akan berdampak pada alokasi dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Dana yang digunakan untuk membiayai program Jamkesda pada umumnya berasal dari APBD yang berfungsi untuk menjamin peserta daerah yang tidak tercakup Jamkesmas.<sup>26</sup> Jika masalah pesertaan tidak segera ditanggulangi, maka akan berdampak bagi keberlanjutan program jaminan kesehatan berikutnya dan menjadi hambatan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau memberlakukan kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) 2014. Penerima bantuan iuran (PBI) dalam program JKN merupakan fakir miskin dan orang tidak mampu sehingga basis data

yang digunakan adalah basis data peserta Jamkesmas yang telah diperbarui.<sup>6,13,22</sup>

Implementasi kebijakan yang efektif sangat ditentukan oleh komunikasi antara para pelaksanaan kebijakan secara akurat dan konsisten. Selain itu, koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan. Semakin baik koordinasi komunikasi di antara pihak-pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan, maka kesalahan akan semakin kecil. Program Jamkesmas sendiri merupakan kerja sama dari pelbagai pihak, antara lain pihak kecamatan/kelurahan selaku penyelenggara administrasi, pihak dinas kesehatan selaku penanggung biaya, dan pihak rumah sakit/puskesmas selaku penyedia layanan kesehatan. Artinya, program tersebut akan berjalan dengan maksimal jika pihak-pihak terkait saling berkoordinasi dengan baik.<sup>27</sup>

Penduduk yang mendapat layanan gratis berpeluang lebih besar untuk mendapatkan Jamkesmas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Purnata,<sup>28</sup> bahwa pada tahun 2013 didapatkan masyarakat kurang mampu dan tidak mampu yang datang ke layanan kesehatan tetapi belum masuk ke dalam basis data penerima Jamkesmas, maka akan dilakukan upaya tindak lanjut berupa pendataan untuk selanjutnya akan diberikan surat keterangan atau surat rekomendasi untuk dapat mendapatkan layanan kesehatan secara gratis.<sup>28</sup> Layanan gratis dapat diartikan mendapatkan layanan kesehatan gratis yang berasal dari program pemerintah lainnya, misalnya layanan kesehatan gratis daerah, pelayanan Keluarga Berencana gratis, atau Program Keluarga Harapan.<sup>6</sup> Sebelumnya, peserta yang telah memiliki jaminan kesehatan yang lain ternyata turut serta dalam daftar peserta Jamkesmas. Keadaan ini dapat memicu keuntungan ganda yang tentu saja hal ini tidak sesuai dengan tujuan awal dari program Jamkesmas yang sasarannya merupakan penduduk yang tidak memiliki jaminan kesehatan atau yang tidak mampu mengakses layanan kesehatan.<sup>29,30</sup>

Hasil tinjauan kriteria peserta Jamkesmas, sebenarnya kriteria pertama dan kedua dari 13 kriteria cocok untuk menjadi kriteria konsekuensi atau dampak ungu setelah menjadi peserta Jamkesmas. Kriteria yang masih relevan dan akurat dalam menetapkan mereka miskin dan mendapatkan kepesertaan Jamkesmas adalah kriteria sisanya. Kriteria peserta Jamkesmas seharusnya merupakan nilai kumulatif dari 11 kriteria sisa, tidak diperkenankan parsial per kriteria sehingga tepat sasaran. Hasil ke salah sasaran dikarenakan kriteria diberlakukan secara parsial.

## Kesimpulan

Beberapa hal yang dapat disimpulkan dari penelitian ini antara lain penduduk miskin belum secara keseluruhan dijangkau Jamkesmas. Penduduk yang menda-

patkan Jamkesmas tidak sepenuhnya penduduk miskin. Dengan kata lain, Jamkesmas masih belum tepat sasaran serta kriteria konsekuensi atau dampak Jamkesmas, seperti hak mendapatkan beras murah dan layanan gratis sebaiknya tidak dimasukkan sebagai kriteria peserta Jamkesmas.

## Saran

Salah satu langkah yang dapat dilakukan untuk meningkatkan efisiensi dan tepat sasaran program Jamkesmas adalah menghindari salah sasaran, antara lain dengan sistem alokasi dan basis data penduduk miskin harus valid dan pengecekan ulang sangat diperlukan, penyesuaian data antara Kemenkes dan dinas kesehatan daerah dalam penanganan peserta yang belum terdata sebagai peserta, memperbarui basis data peserta Jamkesmas yang dilakukan secara berkala untuk meminimalkan adanya ketidaktepatan sasaran, misalnya terdapat peserta yang telah meninggal dunia, pindah, atau status ekonominya telah meningkat serta melakukan pengawasan dan evaluasi program pada saat menetapkan peserta dan pembagian kartu peserta yang penting sebagai upaya mengawal dan mengevaluasi program Jamkesmas agar dapat dijadikan pembelajaran ke depan, terutama untuk program jaminan kesehatan lainnya.

## Daftar Pustaka

1. IBP Indonesia Core Team. Jamkesmas dan program jaminan kesehatan daerah: laporan pengkajian di 8 kabupaten/kota dan 2 provinsi tahun 2012. Bandung: BP Indonesia Core Team; 2012.
2. Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada [Internet]. Yogyakarta: masih ada 20 juta orang miskin yang terabaikan Jamkesmas. 2012 [diakses tanggal 11 Januari 2015]. Diunduh dalam: <http://www.kpmak-ugm.org/news/bpjs-update/123-masih-ada-20-juta-orang-miskin-yang-terabaikan-jamkesmas.html>.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Internet]. Data base terpadu sasaran jamkesmas dari TNP2K; 2012 [diakses tanggal 11 Januari 2015]. Diunduh dalam: <http://www.depkes.go.id/article/print/1930/data-base-terpadu-sasaran-jamkesmas-dari-tnp2k.html>.
4. Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan Departemen Kesehatan Indonesia [Internet]. Layanan jamkesmas mencakup gelandangan; 2010 [diakses tanggal 5 Januari 2015]. Diunduh dalam: [http://www.pjjk.depkes.go.id/index.php?option=com\\_content&view=article&id=244:layanan-jamkesmas-mencakup-gelandangan&catid=55:beritapusat&Itemid=101](http://www.pjjk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=244:layanan-jamkesmas-mencakup-gelandangan&catid=55:beritapusat&Itemid=101).
5. Badan Pusat Statistik dan Kementerian Sosial Republik Indonesia. Analisis data kemiskinan berdasarkan data pendataan program perlindungan sosial (PPLS) tahun 2011. Jakarta: Badan Pusat Statistik dan Kementerian Sosial Republik Indonesia; 2012.
6. Prana MM. Kualitas pelayanan kesehatan penerima jamkesmas di RSUD Ibnu Sina Gresik. *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*. 2013; 1 (1): 173-85.
7. Simmonds A, Hort K. Institutional analysis of Indonesia's proposed road

- map to universal health coverage. Nossal Institute of Global Health, AusAID(Australia): University of Melbourne; 2013.
8. The World Bank. Indonesia health sector review: does jamkesmas protect the population from health expenditure shocks? Washington DC (Amerika): the World Bank; 2011.
  9. Asra A. Poverty and inequality in Indonesia: estimates, decomposition, and key issues. *Journal of Asia Pacific Economy*. 2000; 5 (1/2): 91-111.
  10. Badan Pusat Statistik. Profil dan analisis kemiskinan nasional 2013. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2013.
  11. Badan Pusat Statistik [Internet]. Jakarta: berita resmi statistik No.47/IX; 2006 [diakses tanggal 1 Februari 2015]. Diunduh dalam: [http://www.bps.go.id/brs\\_file/kemiskinan-01sep06.pdf](http://www.bps.go.id/brs_file/kemiskinan-01sep06.pdf).
  12. Badan Pusat Statistik. Jakarta: sampling procedure. 2015 [diakses tanggal November 2014]. Diunduh dalam: <http://catalog.ihsn.org/index.php/catalog/3030/sampling>.
  13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2008.
  14. Juliastratik. Model pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan berbasis altruis di kota malang. *Jurnal Kualitatif Humanity*. 2011; 7 (1): 28-43.
  15. Prianto B, Supriyono B, Soeaidy MS, Saleh C. Decentralization in the provision of health care services: study on the provision of regional health insurance (Jamkesda) in malang regency east java province. *Journal Public Policy and Administration Research*. 2014; 4 (10): 57-71.
  16. Sedjati HW. Community health policy guarantee implementation banyumas regency central java province of indonesia. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*. 2013; 3 (12): 218-24.
  17. Masfiah S. Health insurance coverage and benefit across different income population: experience of health insurance scheme before universal coverage program in Indonesia. *Proceeding 1<sup>st</sup> and 2<sup>st</sup> Indonesian Health Economics Association (InaHEA) 2014. Congress 2014 & 2015. Hotel Intercontinental. Jakarta, 7 April 2015. Jakarta: CHEPS; 2015.*
  18. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Analisis data laporan Jamkesmas 2010. *Buletin Jendela Data dan Informasi*. 2011; 4: 1-31.
  19. The World Bank [home page on the Internet]. Key Lessons Learned from Jamkesmas to Achieve Universal Health Care in Indonesia. 2014 [cited 2015 January 10]. Available from <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2014/01/30/improving-jamkesmas-to-achieve-universal-health-care-in-indonesia>.
  20. Idris H. The impact of subsidised social health insurance for the poor on the health care utilization. *Proceeding 2<sup>nd</sup> Indonesian Health Economics Association (InaHEA) Congress 2014 & 2015. Jakarta, 7 April 2015. Jakarta: CHEPS; 2015*
  21. Antono A. Orientasi pelayanan publik melalui pendekatan new public service untuk mengatasi problem kesehatan pada program Jamkesmas di Kecamatan Kembaran Kabupaten Banyumas. *Jurnal Pembangunan Pedesaan*. 2011; 11 (1): 7-16.
  22. Adhiyana M. Implementasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bantul. *Natapraja-Jurnal Kajian Ilmu Administrasi Negara*. 2013; 1 (1): 1-17.
  23. Ulfiah U, Khoiriah S, Fuadi K, Maulana M, Muslih F, Adji HW, et al. Audit sosial: studi kepesertaan Jamkesmas dan Jamkesda. *Mundiharmo, ed. Cetakan ke-1. Jakarta: PP Lakpesdam Nu; 2013.*
  24. Budiarto W, Ristini. Komparasi implementasi program jamkesmas dan jamkesda di tiga kab/kota di jawa timur. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2013; 16 (2): 194-202
  25. Aji B, Allegri M, Souares A, Saueborn R. The Impact of health insurance programs on out-of-pocket expenditures in Indonesia: an increase or a decrease? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013 Jul; 10 (7): 2995-3013.
  26. Sunarto. Sistem pembiayaan dan skema jaminan kesehatan daerah Kota Yogyakarta. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2011; 5 (6): 275-82.
  27. Dewi FEP. Implementasi peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 40 tahun 2012 tentang pedoman pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat di UPT puskesmas perawatan tanjung palas kabupaten bulungan. *Journal Administrasi Negara*. 2013; 1 (2): 816-30.
  28. Purnata EA. Faktor-faktor yang mempengaruhi program jaminan kesehatan masyarakat di kelurahan Sungai Jawi Dalam. *Jurnal Ilmu Administrasi Negara*. 2013; 2 (2).
  29. Utomo B, Suahya PK, Utami FR. Priorities and realities: addressing the rich poor gaps in health status and service access in Indonesia. *International Journal for Equity in Health*. 2011; 10: 47.
  30. Lestari TP. Implementasi program asuransi masyarakat miskin di Nusa Tenggara Timur. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2009; 3 (6): 1-6.