

RELASI KUASA PENGETAHUAN DALAM IMPLEMENTASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Agus Rifandhi Mauliddhani

Program Studi Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial Dan Hukum
Universitas Negeri Surabaya

Abstrak

Sistem kesehatan di Indonesia mengalami perubahan mendasar sejak diberlakukannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan Badan Pelaksana Jaminan Sosial (BPJS) sebagai eksekutornya. Sasarannya pun semakin luas menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Tujuan utama JKN adalah mempermudah masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan yang bermutu menuju *Universal Health Coverage*. Namun, dalam implementasinya, memunculkan polemik di masyarakat. Di level *grass roots*, terjadi disparitas pengetahuan bahkan relasi kuasa pengetahuan dalam implementasi JKN. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi relasi kuasa pengetahuan yang terjadi dalam implementasi JKN. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan mengambil lokasi di wilayah kerja Puskesmas Omben, Kabupaten Sampang. Informan dipilih secara *purposive*. Data penelitian dikumpulkan dengan menggunakan teknik observasi, wawancara mendalam, dan FGD. Temuan data kemudian dianalisis dengan menggunakan analisis deskriptif. Implementasi kebijakan jaminan kesehatan melalui skema JKN di wilayah kerja Puskesmas Omben, Sampang, belum berjalan maksimal. Temuan lapangan menunjukkan bahwa juknis yang jelas tentang pelaksanaan JKN sampai pada tingkat puskesmas belum komprehensif. Permasalahan menggejala tidak hanya pada aspek administrasi yang memunculkan terhambatnya pencairan dana klaim yang diajukan puskesmas. Permasalahan serius justru mengenai pengetahuan masyarakat tentang JKN masih kurang. Masyarakat desa belum memahami benar istilah baru yang diterapkan, seperti JKN, BPJS, atau klaim. Masyarakat hanya sebatas memaknai sebagai pelayanan kesehatan gratis. Masyarakat juga sering melakukan resistensi kepada petugas kesehatan di puskesmas manakala dikenai biaya. Disparitas pengetahuan semakin tajam dan berubah menjadi relasi kuasa pengetahuan ketika terjadi interaksi antara masyarakat dengan tenaga kesehatan dalam transformasi pengetahuan (sosialisasi). Kekuasaan selalu terakulasikan lewat pengetahuan, dan pengetahuan selalu mempunyai efek kekuasaan.

Kata Kunci: Sistem Kesehatan; *Universal Health Coverage*; Disparitas

PENDAHULUAN

Jaminan kesehatan sebenarnya bukanlah barang baru di Indonesia karena sudah diberlakukan sejak era kolonial (1934) dengan nama *Restitutie Regeling*. Pada masa orba (1985-1987) berganti istilah, yakni Asuransi untuk Tenaga Kerja (ASTEK) dengan menggerakkan dana masyarakat melalui mekanisme Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM). Pada era yang sama pada tahun 1992, pemerintah menerbitkan Undang-Undang Nomor 2 tentang Asuransi, Undang-Undang Nomor 3 tentang Jamsostek, dan Undang-

Undang Nomor 23 tentang Kesehatan. Ketiga regulasi ini mengatur tentang adanya jaminan kesehatan dengan mengikuti pola *managed care* yang diterapkan di Amerika melalui mekanisme pembayaran *prepaid* berdasarkan kapitasi dan pelayanan yang bersifat komprehensif, meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif (Djuhaeni, 2017).

Usaha ke arah progresivitas dalam sistem kesehatan melalui mekanisme jaminan kesehatan sebenarnya sudah muncul melalui PT. Askes (Persero) dan PT. Jamsostek (Persero) yang melayani PNS, pensiunan,

veteran, dan pegawai swasta. Bagi kelompok masyarakat miskin juga sudah digulirkan Jamkesmas, Jamkesda, sampai Jampersal. Pada tahun 2013, sistem kesehatan di Indonesia mengalami perubahan mendasar sejak diberlakukannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan Badan Pelaksana Jaminan Sosial (BPJS) sebagai eksekutornya melalui dasar regulasi UU Nomor 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang resmi diimplementasikan pada 1 Januari 2014. Sasarannyapun semakin luas menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Tujuan utama JKN adalah mempermudah masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan yang bermutu menuju *Universal Health Coverage*.

Setelah dibentuknya BPJS Kesehatan per tanggal 1 Januari 2014, diketemukan sejumlah masalah di berbagai daerah. Sampai diresmikannya BPJS Kesehatan, masih banyak kalangan yang kurang paham dengan program yang diselenggarakan BPJS Kesehatan, yaitu Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Bukan hanya peserta, pihak pemberi layanan kesehatan juga banyak yang tidak paham tentang program baru tersebut (*Jawa Pos*, 2014). Di Sidoarjo, Jawa Timur, misalnya, muncul masalah terkait pendataan Penerima Bantuan Iuran (PBI). DPRD Sidoarjo menyebutkan saat ini masih ada 85.707 masyarakat miskin yang belum diikursertakan asuransi BPJS Kesehatan. Para warga yang masuk kategori Penerima Bantuan Iuran (PBI) itu luput karena belum masuk data base jaminan kesehatan masyarakat (*Jawa Pos*, 2014). Di sisi lain, cakupan kepesertaan BPJS juga masih rendah. Meskipun sosialisasi tentang BPJS Kesehatan sudah dilaksanakan sebelum beroperasinya BPJS Kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014, namun masyarakat yang menjadi peserta BPJS masih jauh dari harapan. Di Kabupaten Minahasa Tenggara, misalnya, masyarakat yang telah menjadi peserta BPJS Kesehatan sampai bulan Agustus 2014 baru berjumlah 53,215 Jiwa. Jumlah tersebut belum mencapai 50% dari jumlah penduduk yaitu 114,025 jiwa (Rolos, 2014).

Beberapa hasil kajian lapangan menunjukkan masih lemahnya implementasi program JKN dari berbagai lini, antara lain aspek pemenuhan fasilitas kesehatan, pemerataan pelayanan, SDM (tenaga kesehatan), dan pembiayaan kesehatan. Kajian Yandrizal *et al.* (2014), tentang “Analisis Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan Pemerataan Pelayanan Pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma, dan Kabupaten Kaur”, menemukan fakta menarik bahwa ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama saat ini di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma, dan Kabupaten Kaur belum mencukupi target yang diinginkan menurut Peta Jalan Menuju JKN 2019. Fasilitas kesehatan rujukan di Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur masih rendah dibandingkan target, sedangkan Kota Bengkulu telah memenuhi target. Pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma, dan Kabupaten Kaur masih rendah. Masih rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama dan rujukan berdampak kepada ketidakadilan akses terhadap pelayanan peserta BPJS karena ketersediaan fasilitas pelayanan tidak mencukupi. Pemenuhan fasilitas pelayanan tingkat pertama dan rujukan diperlukan kebijakan bersama antara BPJS, Pemerintah Kabupaten, Provinsi dan Kementerian Kesehatan untuk memenuhi target peta jalan menuju JKN 2019 yaitu poin (3) paket manfaat medis dan nonmedis sudah sama untuk seluruh peserta, dan poin (4) fasilitas kesehatan telah tersebar memadai.

Maman Saputra, *et.al.* (2015) menemukan hasil temuan yang berbeda dari implementasi program JKN di Kabupaten Tabalong. Hasil evaluasi input SDM pelaksana pelayanan kesehatan, kuantitas SDM (tenaga kesehatan) masih mengalami kekurangan sebanyak 136 orang. Penilaian kualitas SDM di Puskesmas Kelua belum menggunakan standar Kepmenkes Nomor 857 Tahun 2009, sedangkan di RSUD H. Badaruddin masih menggunakan penilaian Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3).

Hasil evaluasi proses, menunjukkan kuantitas sudah meningkat namun masih mengalami kekurangan sebanyak 82 orang. Dari aspek distribusi SDM di Puskesmas Kelua tidak ada perubahan, sedangkan distribusi di RSUD H. Badaruddin mengalami penambahan tenaga keperawatan. Penilaian kualitas SDM di Puskesmas Kelua tidak ada perubahan, sedangkan penilaian SDM di RSUD H. Badaruddin menggunakan Penilaian Prestasi Kerja Pegawai (PKP). Dari sisi evaluasi output, menunjukkan belum ada perubahan kuantitas, distribusi, dan kualitas dari hasil evaluasi proses.

Dari aspek pembiayaan kesehatan, implementasi program JKN juga masih berimplikasi pada tingginya biaya kesehatan. Riset Hendarini *et al.* (2014), menunjukkan bahwa puskesmas dengan besaran kapitasi Rp.3.000,00–Rp.4.500,00 sebanyak 51,57% dan Rp.6.000,00 sebanyak 13,3%. Besaran kapitasi berdampak tidak merata pembiayaan terutama di puskesmas yang jauh dari perkotaan karena kekurangan tenaga. Nilai kontrak selama satu tahun jumlah peserta yang memilih Puskesmas sebagai FKTP sebanyak 763.165 jiwa sebesar 82,03% dari nilai maksimal kapitasi Rp.6.000,00 atau kurang 9,87 M. Tarif rerata pada tujuh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten dan Provinsi untuk rawat jalan antara Rp.150.000–Rp.640.000,00 dan rawat inap Rp.1.000.000,00–Rp.3.700.000,00 dibandingkan tarif berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 Tahun 2013, rata-rata tarif pelayanan rawat jalan dan rawat inap merupakan tarif tindakan medis sangat sederhana dan penyakit-penyakit katagori ringan. Dukungan dana Pemerintah Kabupaten/Kota dan Provinsi dalam bentuk program Jamkesda tahun 2014 sebesar 38,36 M untuk membayar kapitasi masyarakat miskin bukan penerima bantuan iuran dan menjamin pengobatan bagi kabupaten/kota yang tidak bekerja sama dengan BPJS. Insentif dokter spesialis/residen antara 10-30 juta per bulan terutama spesialis empat besar dari pemerintah

daerah kabupaten merupakan ketidakadilan pembiayaan yang menjadi beban daerah.

Bahkan biaya tambahan harus dikeluarkan oleh pasien dan keluarga pasien meskipun mereka telah menjadi peserta program JKN. Fenomena tersebut terungkap melalui survei Gultom, *et.al.* (2015). Sebanyak 37 responden dari total 200 responden (18,5%) ditemukan membayar biaya tambahan. Ironinya, biaya tambahan ini juga terjadi di Rumah Sakit milik Pemerintah. Semua biaya tambahan di RS Pemerintah merupakan biaya tambahan obat. Sedangkan biaya tambahan di RS Swasta dialami oleh 25 responden, meliputi biaya tambahan obat, laboratorium, alat kesehatan, radiologi, tindakan, dan biaya di poli. Biaya tambahan ini dialami oleh semua jenis kepesertaan, termasuk peserta PBI, sebanyak 4 peserta PBI membayar biaya tambahan di RS milik Pemerintah, 3 peserta PBI membayar di RS Swasta. Biaya tambahan pada rawat inap lebih besar daripada biaya tambahan pada rawat jalan. Peruntukan terbesar biaya tambahan adalah biaya tambahan obat karena obat tidak ditanggung BPJS Kesehatan. Hal ini merupakan *bumerang* yang perlu ditindaklanjuti BPJS Kesehatan.

Polemik yang muncul di masyarakat, terutama di level *grass roots* dipengaruhi karena disparitas pengetahuan bahkan relasi kuasa pengetahuan dalam implementasi JKN. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi relasi kuasa pengetahuan yang terjadi dalam implementasi JKN, terutama pada pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan mengambil lokasi di wilayah kerja Puskesmas Omben, Kabupaten Sampang. Informan dipilih secara *purposive*, antara lain ibu-ibu peserta program JKN yang memiliki balita minimal berusia dua tahun; tenaga kesehatan (bidan dan dokter); dan pengelola JKN. Data penelitian dikumpulkan dengan menggunakan teknik observasi, wawancara

mendalam, *Focus Group Discussion* (FGD), dan penelusuran data sekunder. Temuan data kemudian dianalisis dengan menggunakan analisis deskriptif.

PEMBAHASAN

Implementasi kebijakan jaminan kesehatan melalui skema JKN, terutama untuk pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di wilayah kerja Puskesmas Omben, belum berjalan maksimal. Berdasarkan hasil wawancara, informan masih menghendaki sistem lama dalam pelayanan KIA, yakni melalui mekanisme Jaminan Persalinan (Jampersal). Dimana dalam mekanisme Jampersal, siapapun warga negara memiliki hak menerima layanan KIA, mulai dari prenatal, natal, dan neonatus melalui bidan, baik di Polindes, Pustu, maupun Puskesmas terdekat. Peserta yang melakukan pemeriksaan KIA tidak dipungut biaya (gratis) sesuai mekanisme, seperti penuturan Fauziah (20) berikut:

”Enak pake Jampersal. Kalo periksa gratis tidak dipungut biaya. Tidak ada iuran-iuran lain setiap bulan seperti sekarang ini. Sekarang banyak sekali iuran yang harus dibayar. Sudah setiap bulan bayar, ketika periksa juga bayar lagi”.

Hal senada juga disampaikan informan yang lain, Maemunah (19) dan Sulaiha (20). Mereka menyampaikan perbandingan implementasi jaminan kesehatan dengan sistem Jamkesmas dengan sistem JKN (BPJS).

“Lebih enak menggunakan Jamkesmas seperti yang lalu-lalu. Prosesnya tidak berbelit-belit, semua gratis tidak dipungut bayaran. Sekarang dengan sistem baru....apa itu namanya? Ya....BPJS malah tambah ribet pake bayar iuran bulanan juga”.

Informan di lapangan mengeluhkan sistem baru yang diberlakukan pemerintah dalam implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), terutama yang dialami informan dalam pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Bahkan pada awal implementasi program JKN sampai dengan akhir tahun 2014, informan yang berhasil diwawancarai mengaku sosialisasi yang dilakukan oleh pihak pengelola JKN di level Puskesmas belum maksimal. Masyarakat masih kebingungan dengan mekanisme sistem jaminan kesehatan yang baru ini. Informasi yang diberikan belum sepenuhnya dipahami secara komprehensif. Bahkan banyak istilah-istilah baru yang sulit dipahami oleh peserta yang notabene hanya lulusan SD/SMP bahkan ada yang tidak lulus SD/SMP. Ibu-ibu muda di wilayah Kecamatan Omben, Sampang adalah hasil pernikahan dini oleh orangtuanya. Mereka rata-rata menikah pada usia 16-18 tahun sehingga pada usia 18-20 tahun sudah memiliki satu bahkan dua orang anak.

Informasi tentang mekanisme JKN (BPJS) yang disampaikan oleh petugas JKN di level Puskesmas kepada peserta BPJS, menyebabkan masyarakat masih belum pada satu pemahaman, bahkan untuk membedakan antara JKN dan BPJS saja masih kesulitan. Masyarakat hanya mengenal istilah BPJS sebagai program baru jaminan kesehatan ini. Kondisi ini dipengaruhi oleh informasi atau pengetahuan yang sampai kepada masyarakat adalah BPJS bukan JKN. Padahal yang benar adalah JKN atau Jaminan Kesehatan Nasional sebagai sebuah program, sedangkan BPJS atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah eksekutor atau pelaksananya. Sehingga jelas sekali perbedaan antara JKN dan BPJS. Apabila membahas tentang bentuk program atau kebijakan, maka yang tepat adanya JKN bukan BPJS. Namun, karena informasi awal yang disampaikan adalah dengan pengistilahan BPJS dan informasi tersebut disampaikan secara terus menerus, maka akan muncul habituasi dari masyarakat. Kesadaran kognitif masyarakat akan tetap pada informasi awal

yang masuk karena sudah terbentuk dalam struktur kognitif.

Ketidakhahaman masyarakat terhadap mekanisme JKN disebabkan karena kesulitan dalam memahami mekanisme pengetahuan yang dibangun melalui sistem pengetahuan dan sosialisasi pengetahuan. Kondisi seperti ini akan memunculkan relasi kekuasaan dalam pengetahuan. Menurut Foucault, saat pengetahuan bertemu dengan aspek kemanusiaan, maka akan memunculkan dua kondisi. *Pertama*, dengan pengetahuannya sendiri, manusia merupakan makhluk yang dibatasi oleh lingkungan sekitarnya. *Kedua*, rasionalitas dan kebenaran selalu berubah sepanjang sejarah. Pengetahuan juga tidak bisa ditemukan maknanya dalam dirinya sendiri. Pengetahuan baru bisa diketemukan maknanya apabila berrelasi dengan makna yang lain (Danaher, 2012). Dalam hal ini, pengetahuan tentang JKN atau BPJS akan memunculkan relasi kuasa pengetahuan karena ada dua makna pengetahuan, yakni makna yang dibangun oleh peserta JKN dan makna yang dibangun oleh pengelola JKN.

Temuan lapangan menunjukkan bahwa pada tahun pertama JKN diimplementasikan, petunjuk teknis yang jelas tentang pelaksanaan JKN sampai pada tingkat puskesmas belum komprehensif. Kondisi ini diakui oleh pengelola JKN di level Dinas Kesehatan Kabupaten.

“Petunjuk teknis tentang implementasi JKN di daerah kami belum begitu lengkap. Juknis baru ada setelah ada kasus di lapangan. Seolah-olah program ini uji coba karena di berbagai lini belum jelas, terutama tentang mekanisme administratif klaim. Proses pengajuannya juga masih berbelit-belit”.

Kondisi yang sama juga diakui oleh Kepala Puskesmas Omben. Menurutnya, sosialisasi yang dilakukan pengelola JKN di

tingkat kabupaten belum jelas, proses administratif yang membingungkan, serta persyaratan klaim yang tidak jelas. Permasalahan menggejala tidak hanya pada aspek administrasi yang memunculkan terhambatnya pencairan dana klaim yang diajukan puskesmas. Permasalahan serius justru mengenai pengetahuan masyarakat tentang JKN masih kurang. Masyarakat desa belum memahami benar istilah baru yang diterapkan, seperti JKN, BPJS, atau klaim. Masyarakat hanya sebatas memaknai sebagai pelayanan kesehatan gratis. Namun, ketika program JKN ini menjadi program wajib yang dikonstruksi oleh negara (dalam hal ini Pemerintah), maka disitulah muncul kekuasaan. Kekuasaan adalah sesuatu yang dilegitimasi secara metafisis kepada negara yang memungkinkan negara dapat mewajibkan semua orang untuk mematuhi, termasuk dalam hal ini setiap warga negara wajib menjadi peserta JKN. Namun menurut Foucault, kekuasaan bukanlah sesuatu yang hanya dikuasai oleh negara. Kekuasaan ada di mana-mana, karena kekuasaan adalah satu dimensi dari relasi. Dimana ada relasi, di sana ada kekuasaan (Bertens, 2012).

Menurut Foucault (2014), kuasa itu ada dimana-mana dan muncul dari relasi-relasi antara pelbagai kekuatan. Kekuasaan terjadi secara mutlak dan tidak tergantung dari kesadaran manusia. Kekuasaan adalah sebuah strategi yang berlangsung dimana-mana, di dalamnya terdapat sistem, aturan, susunan, dan regulasi. Kekuasaan menentukan susunan, aturan, dan hubungan-hubungan dari dalam sistem. Pengetahuan tentang JKN yang dikonstruksi oleh negara dapat dimaknai sebagai diskursus. Foucault menunjukkan hubungan antara diskursus ilmu pengetahuan dengan kekuasaan. Diskursus ilmu pengetahuan hendak menemukan yang benar dan yang salah pada dasarnya dimotori oleh kehendak untuk berkuasa. Ilmu pengetahuan dilaksanakan untuk menetapkan apa yang benar dan mengeliminasi apa yang dipandang salah. Kehendak untuk kebenaran adalah ungkapan

dari kehendak untuk berkuasa. Tidak mungkin pengetahuan itu netral dan murni karena akan terjadi korelasi (Gutting, 2015).

Kondisi yang muncul dari setiap relasi kekuasaan adalah munculnya resistensi. Masyarakat juga kerap melakukan resistensi kepada petugas kesehatan di puskesmas manakala dikenai biaya. Salah satu bentuk resistensi yang dilakukan masyarakat, antara lain menolak jika dikenai biaya tambahan dan sering bersikap semaunya sendiri.

PENUTUP

Implementasi kebijakan jaminan kesehatan melalui skema JKN di wilayah kerja Puskesmas Omben belum berjalan maksimal. Disparitas pengetahuan semakin tajam dan berubah menjadi relasi kuasa pengetahuan ketika terjadi interaksi antara masyarakat dengan tenaga kesehatan dalam transformasi pengetahuan (sosialisasi). Kekuasaan selalu terakulasi melalui pengetahuan dan pengetahuan selalu mempunyai efek kekuasaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonimous. (2014). Rakyat Miskin Berobat Gratis. *Jawa Pos*, 1 Januari.
- Bertens, K. (2012). *Filsafat Barat Kontemporer Prancis*. Jakarta: Gramedia.
- Danaher, G. e. al. (2012). *Understanding Foucault*. Delhi: Allen and Unwin.
- Djuhaeni, H. (2017). *Asuransi dan Managed Care: Modul Program Pascasarjana*

Kesehatan Masyarakat. Bandung: Universitas Padjajaran.

- Foucault, M. (2014). *Seks dan Kekuasaan*. Jakarta: Gramedia.
- Gutting, G. (2015). *The Cambridge Companion to Foucault*. New York: Cambridge University Press.
- Hendarini, et.al. (2014). Analisis Pembiayaan Kesehatan Pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 3(4): 219-226.
- Maman, S. et.al. (2015). Program Jaminan Kesehatan Nasional Dari Aspek Sumber Daya Manusia Pelaksana Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(1): 32-42.
- Novianti, Br.G. et.al. (2015). Survei Pendahuluan Biaya Tambahan Peserta BPJS Kesehatan Pada Rumah Sakit Faskes BPJS Kesehatan di Jabodetabek. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 4(1): 3-10.
- Rolos, W. (2014). Implementasi Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Minahasa Tenggara. *Makalah*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado.
- Yandrizal, et.al. (2014). Analisis Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan Pemerataan Pelayanan Pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma, dan Kabupaten Kaur. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 3(2):103-112.