

# PERAN BIDAN DALAM UPAYA PENINGKATAN PENGGUNAAN JAMKESMAS OLEH MASYARAKAT

Yulizawati, Detty Iryani, Fitrayeni, Lusiana, Ayu Nurdiyan, Aldina Ayunda Insani

Prodi S1 Kebidanan FK-UNAND, Jln. Niaga No.56 Kota Padang, 25127, Indonesia

## INFORMASI ARTIKEL:

### Riwayat Artikel :

Tanggal diterima : Mei 2016

Tanggal direvisi : Oktober 2016

Tanggal Publikasi : Desember 2016

## ABSTRAK

Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk yang besar. Berdasarkan hasil sensus tahun 2010 menunjukkan hasil 238,5 juta jiwa. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2035 diproyeksikan menjadi 305,6 juta jiwa sedangkan Umur harapan hidup menjadi 72,2 pada tahun 2030.

Kepesertaan penduduk Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan adalah 131 juta jiwa pada tahun 2015 berarti sekitar 55 % dari total masyarakat Indonesia sementara dalam undang-undang republik indonesia nomor 40 tahun 2004 Tentang sistem jaminan sosial nasional dinyatakan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Dengan demikian perlu langkah strategis dalam upaya meningkatkan kepesertaan masyarakat karena dengan jumlah penduduk yang besar serta umur harapan hidup yang meningkat jika tidak diimbangi dengan kesiapan dalam menghadapi berbagai permasalahan pada masa lansia termasuk penyakit degeneratif akan menambah beban bagi negara serta bagi keluarganya jika mereka tidak produktif..

Kata kunci: Peran; Bidan; Jamkesmas

## ABSTRACT

*Indonesia is a country with a large population. Based on the results of the 2010 census shows the results of 238.5 million inhabitants. The number of Indonesians in 2035 is projected to be 305.6 million while life expectancy is 72.2 in 2030.*

*The participation of Indonesia's population that has health insurance is 131 million in 2015 means about 55% of the total Indonesian population while in Indonesian republic law number 40 of 2004 About the national social security system stated that everyone is entitled to social security to be able to meet the needs The basis of decent living and enhance its dignity towards the realization of a prosperous, just and prosperous Indonesian society. Thus, a strategic step in the effort to increase the participation of the community because the large population and the life expectancy is increased if not balanced with the readiness in facing various problems in the elderly including degenerative diseases will add burden for the state and for their families if they are not productive.*

*Key word : Role; Midwife; Jamkesmas*

## PENDAHULUAN

Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk yang besar. Berdasarkan hasil sensus tahun 2010 menunjukkan hasil 238,5 juta jiwa. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2035 diproyeksikan menjadi 305,6 juta jiwa sedangkan Umur harapan hidup menjadi 72,2 pada tahun 2030.

Kepesertaan penduduk Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan adalah 131 juta jiwa pada tahun 2015 berarti sekitar 55 % dari total masyarakat Indonesia sementara dalam undang-undang republik indonesia nomor 40 tahun 2004 Tentang sistem jaminan sosial nasional dinyatakan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Dengan demikian perlu langkah strategis dalam upaya meningkatkan kepesertaan masyarakat karena dengan jumlah penduduk yang besar serta umur harapan hidup yang meningkat jika tidak diimbangi dengan kesiapan dalam menghadapi berbagai permasalahan pada masa lansia termasuk penyakit degeneratif akan menambah beban bagi negara serta bagi keluarganya jika mereka tidak produktif.

Jumlah bidan saat ini yang sekitar 250.000 sebenarnya telah sesuai dengan jumlah penduduk yang ada, dengan demikian penting sekali untuk mengoptimalkan peran bidan tersebut dalam upaya pemanfaatan jaminan kesehatan oleh masyarakat. Peran bidan penting dalam upaya meningkatkan penggunaan jamkesmas oleh masyarakat karena Bidan merupakan profesi yang strategis dalam menyampaikan peran langsung kepada masyarakat sesuai dengan ruang lingkup praktiknya yang memberikan asuhan kepada wanita dalam setiap siklus kehidupannya. Setiap kali bidan memberikan pelayanan kepada wanita secara langsung dapat dijelaskan tentang pentingnya jamkesmas. Jumlah penduduk saat ini.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan kajian pustaka. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah melakukan analisis dengan data

sekunder, yaitu kajian pustaka terhadap beberapa referensi yang mendukung seperti dasar teori tentang peran Bidan dalam upaya peningkatan penggunaan Jamkesmas. Beberapa referensi dikutip dan dikaji kemudian di buat analisisnya. Analisis dibuat dengan mengetahui langkah-langkah manajemen asuhan kebidanan dan dikaji satu persatu yang berkaitan dengan kemampuan yang harus dimiliki oleh seorang profesi bidan yaitu berpikir kritis sehingga menghasilkan suatu keputusan yang rasional dan tepat.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam kebijakan yang sudah ada yakni dalam Undang-undang republik Indonesia nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2014 Tentang Perasuransian serta Undang-undang Republik Indonesia nomor 24 tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sudah menyatakan adanya komitmen terhadap bentuk dan sistim perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Namun dalam pelaksanaan regulasi tersebut masih banyak mendapatkan kendala, maka penulis memiliki suatu pemikiran dengan mengoptimalkan keterlibatan peran bidan dalam perbaikan pelaksanaan sistim jaminan kesehatan nasional dengan mengusulkan suatu kebijakan.

Konteks dalam kebijakan tersebut adalah menerapkan filosofi konsep normal kepada setiap wanita dalam setiap tahapan siklus kehidupannya, mengkaji setiap aspek dengan penekanan pada upaya promotif.

Kebijakan tersebut diharapkan dapat diberlakukan secara nasional oleh pengambil kebijakan. Pada saat sekarang ini hal tersebut belum ada kebijakannya, permasalahannya mungkin dapat disebabkan karena belum diberikannya kesempatan kepada bidan untuk dapat melaksanakan hal tersebut. Perlu direncanakan suatu strategi untuk hal ini.

Tujuan dari policy brief terkait dengan proses kebijakan ini adalah ditujukan untuk menyusun kebijakan baru. Dengan demikian target UHC 2019 akan sangat terbantu dalam pencapaiannya

\* Alamat E-mail: [yulizawati@yahoo.co.id](mailto:yulizawati@yahoo.co.id)

karena dimulai dengan meningkatkan kesadaran masyarakat.

### 1.1. Definisi dan Tujuan Jamkesmas

Jamkesmas ( akronim dari Jaminan Kesehatan Masyarakat ) adalah sebuah program jaminan kesehatan untuk warga Indonesia yang memberikan perlindungan sosial dibidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah agar kebutuhan dasar kesehatannya yang layak dapat terpenuhi. Program ini dijalankan oleh Departemen Kesehatan sejak 2008. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) diselenggarakan berdasarkan konsep asuransi sosial. Program ini diselenggarakan secara nasional dengan tujuan untuk :

- 1) mewujudkan portabilitas pelayanan sehingga pelayanan rujukan tertinggi yang disediakan Jamkesmas dapat diakses oleh seluruh peserta dari berbagai wilayah;
- 2) agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin

Jaminan Kesehatan Masyarakat adalah jaminan perlindungan untuk pelayanan kesehatan secara menyeluruh (komprehensif) mencakup pelayanan promotif, preventif serta kuratif dan rehabilitatif yang diberikan secara berjenjang bagi masyarakat/peserta yang iurannya di bayar oleh Pemerintah. Sumber dana Jaminan Kesehatan berasal dari pemerintah pusat (APBN) melalui mekanisme dana Bantuan Sosial. Jaminan Kesehatan di peruntukkan untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan Undang-Undang Dasar 1945. Jaminan Kesehatan ini dimulai tahun 2005 dengan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat kemudian mengalami perubahan Jaminan Kesehatan Masyarakat dengan tidak ada perubahan cakupan masyarakat miskin. Tujuan umum penyelenggaraan Jamkesmas yaitu meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

Pada tahun 2009 program ini mendanai biaya kesehatan untuk 76,4 juta penduduk, jumlah ini

termasuk sekitar 2,650 juta anak terlantar, penghuni panti jompo, tunawisma dan penduduk yang tidak memiliki kartu tanda penduduk.

Tujuan Khusus penyelenggaraan Jamkesmas yaitu:

- a. Meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit.
- b. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

### 2.2. Dasar Hukum Jamkesmas

Pelaksanaan program Jamkesmas dilaksanakan sebagai amanah Pasal 28 H ayat (1) Undang–Undang Dasar Negara Republik Indonesia, yang menyatakan bahwa ”Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.” Selain itu berdasarkan Pasal 34 ayat (3) Undang–Undang Dasar Negara Republik Indonesia dinyatakan bahwa ”Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.”

Pemerintah menyadari bahwa masyarakat, terutama masyarakat miskin, sulit untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut semakin memburuk karena mahalnya biaya kesehatan, akibatnya pada kelompok masyarakat tertentu sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi hak rakyat atas kesehatan, pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan telah mengalokasikan dana bantuan sosial sektor kesehatan yang digunakan sebagai pembiayaan bagi masyarakat, khususnya masyarakat miskin.

Dasar hukum penyelenggaraan program Jamkesmas adalah:

- a. Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- b. Undang–Undang Nomor 45 Tahun 2007 tentang APBN Tahun 2008.
- c. Undang–Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
- d. Undang–Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.

### 2.3. Peserta Jamkesmas

- a. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang telah ditetapkan dengan keputusan Bupati/Walikota mengacu pada:
  - 1) Data masyarakat miskin sesuai dengan data BPS 2008 dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang telah lengkap dengan nama dan alamat yang jelas (by name by address).
  - 2) Sisa kuota: total kuota dikurangi data BPS 2008 untuk kabupaten/kota setempat yang ditetapkan sendiri oleh kabupaten/kota setempat lengkap dengan nama dan alamat (by name by address) yang jelas.
- b. Gelandangan, pengemis, anak dan orang telantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas.
- c. Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas.
- d. Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasarakatan dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana Pasca Tanggap Darurat. Tata laksana pelayanan diatur dengan petunjuk teknis (juknis) tersendiri sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1259/Menkes/SK/XII/2009 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana, Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial, dan Masyarakat Miskin Penghuni Lembaga Pemasarakatan serta Rumah Tahanan Negara.
- e. Ibu hamil dan melahirkan serta bayi yang dilahirkan (sampai umur 28 hari) yang tidak memiliki jaminan kesehatan.
- f. Penderita Thalassaemia Mayor yang sudah terdaftar pada Yayasan Thalassaemia Indonesia (YTI) atau yang belum terdaftar namun telah mendapat surat keterangan Direktur RS sebagaimana diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.

Fasilitas Kesehatan/Pemberi Pelayanan Kesehatan yang telah memberi pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesmas membuat

pertanggungjawaban Dana pelayanan kesehatan dengan menggunakan Software INA-CBG's dan selanjutnya diverifikasi oleh Verifikator Independen Jamkesmas.

### 2.4. Mekanisme Penyelenggaraan Jamkesmas

Mekanisme penyelenggaraan Program JAMKESMAS diatur dengan:

#### a. Tahun 2013

Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia No. 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat digunakan sebagai pedoman pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2013.

Penyelenggaraan JAMKESMAS Tahun 2013 diatur lebih lanjut dengan:

- 1) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 140/MENKES/SK/III/2013 tentang Penerima Dana Tahap Kedua Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2013
- 2) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 010/Menkes/SK/I/2013 tentang Penerima Dana Tahap Pertama Penyelenggaraan Jamkesmas Tahun 2013
- 3) Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan RI No. HK.02.03/I/0395/2013 tentang Penerima Dana Tahap Pertama Penyelenggaraan Jamkesmas dan Jampersal di Pelayanan Dasar untuk Tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2013
- 4) Surat Edaran No. 149 Tahun 2013 tentang Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2013
- 5) Surat Edaran No. HK.03.03/X/573/2013 tentang Pelaksanaan Jamkesmas dan Jampersal Tahun 2013

#### b. Tahun 2012

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 903/Menkes/Per/V/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2011 digunakan sebagai pedoman pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2012 (berdasarkan petunjuk teknis pelayanan kesehatan dasar JAMKESMAS No. 2581/Menkes/Per/XII/2011)

## **Peran Kesehatan Dalam Membangun Budaya Hidup Sehat Melalui Pelayanan Jamkesmas dan Cara Pengurusan**

1. Kebijakan kesehatan yang berpihak pada masyarakat miskin

Kemiskinan dan penyakit terjadi saling kait-mengkait, dengan hubungan yang tidak akan pernah putus terkecuali dilakukan intervensi pada salah satu atau kedua sisi, yakni pada kemiskinannya atau penyakitnya. Hal itu dapat dijelaskan dengan skema berikut. Kemiskinan mempengaruhi kesehatan sehingga orang miskin menjadi rentan terhadap berbagai macam penyakit, karena mereka mengalami gangguan sebagai berikut:

- 1) menderita gizi buruk
- 2) pengetahuan kesehatan kurang
- 3) perilaku kesehatan kurang
- 4) lingkungan pemukiman buruk
- 5) biaya kesehatan tidak tersedia

Sebaliknya kesehatan mempengaruhi kemiskinan. Masyarakat yang sehat menekan kemiskinan karena orang yang sehat memiliki kondisi sebagai berikut:

- 1) produktivitas kerja tinggi
- 2) pengeluaran berobat rendah
- 3) Investasi dan tabungan memadai
- 4) tingkat pendidikan maju
- 5) tingkat fertilitas dan kematian rendah
- 6) stabilitas ekonomi mantap

Beberapa data empiris global menemukan hubungan sebagai berikut:

- a. Kematian bayi keluarga miskin tiga kali lebih tinggi dari keluarga tidak miskin
- b. Kematian balita keluarga miskin lima kali lebih tinggi dari keluarga tidak miskin.
- c. Pertumbuhan ekonomi negara dengan tingkat kesehatan lebih baik (IMR antara 50-100/1000 kelahiran hidup) adalah 37 kali lebih tinggi dibandingkan dengan negara dengan tingkat kesehatan lebih buruk (IMR>150/1000 kelahiran hidup).

Uraian tentang alasan pentingnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, merupakan dorongan untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan dan keharusan mutlak untuk melaksanakan upaya peningkatan status kesehatan penduduk miskin. Apalagi, memasuki era globalisasi ini, untuk pertumbuhan ekonomi suatu negara dituntut

daya saing yang memerlukan sumberdaya manusia dengan kuantitas dan kualitas tinggi.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin mempunyai arti penting karena 3 alasan pokok:

- 1) Menjamin terpenuhinya keadilan sosial bagi masyarakat miskin, sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin mutlak mengingat kematian bayi dan kematian balita 3 kali dan 5 kali lebih tinggi dibanding pada keluarga tidak miskin. Di sisi lain penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik bagi masyarakat miskin, dapat mencegah 8 juta kematian sampai tahun 2010.
- 2) Untuk kepentingan politis nasional yakni menjaga keutuhan integrasi bangsa dengan meningkatkan upaya pembangunan (termasuk kesehatan) di daerah miskin dan kepentingan politis internasional untuk menggalang kebersamaan dalam memenuhi komitmen global guna menurunkan kemiskinan melalui upaya kesehatan bagi keluarga miskin.
- 3) Hasil studi menunjukkan bahwa kesehatan penduduk yang baik, pertumbuhan ekonomi akan baik pula dengan demikian upaya mengatasi kemiskinan akan lebih berhasil.

Upaya-upaya pelayanan kesehatan penduduk miskin, memerlukan penyelesaian menyeluruh dan perlu disusun strategi serta tindak pelaksanaan pelayanan kesehatan yang peduli terhadap penduduk miskin. Pelayanan kesehatan peduli penduduk miskin meliputi upaya-upaya sebagai berikut:

- 1) Membebaskan biaya kesehatan dan mengutamakan masalah-masalah kesehatan yang banyak diderita masyarakat miskin seperti TB, malaria, kurang gizi, PMS dan pelbagai penyakit infeksi lain dan kesehatan lingkungan.
- 2) Mengutamakan penanggulangan penyakit penduduk tidak mampu
- 3) Meningkatkan penyediaan serta efektifitas pelbagai pelayanan kesehatan masyarakat yang bersifat non personal seperti penyuluhan kesehatan, regulasi pelayanan kesehatan termasuk penyediaan obat, keamanan dan fortifikasi makanan, pengawasan

kesehatan lingkungan serta kesehatan dan keselamatan kerja.

- 4) Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan penduduk tidak mampu
- 5) Realokasi pelbagai sumber daya yang tersedia dengan memprioritaskan pada daerah miskin
- 6) Meningkatkan partisipasi dan konsultasi dengan masyarakat miskin. Masalah kesehatan masyarakat bukan masalah pemerintah saja melainkan masalah masyarakat itu sendiri karena perlu dilakukan peningkatan pemberdayaan masyarakat miskin.

## 2. Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 Pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial (JPS-BK) tahun 1998 – 2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Tahun 2002-2004.

Program-program tersebut diatas berbasis pada ‘provider’ kesehatan (supply oriented), dimana dana disalurkan langsung ke Puskesmas dan Rumah Sakit. Provider kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit) berfungsi ganda yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dan juga mengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Kondisi seperti ini menimbulkan beberapa permasalahan antara lain terjadinya defisit di beberapa Rumah Sakit dan sebaliknya dana yang berlebih di Puskesmas, juga menimbulkan fungsi ganda pada PPK yang harus berperan sebagai ‘Payer’ sekaligus ‘Provider’.

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/ 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. 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. 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 Tahun (BPS 2007).

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak tahun 2005 telah diupayakan untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin.

Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Program ini dalam perjalanannya terus diupayakan untuk ditingkatkan melalui perubahan-perubahan sampai dengan penyelenggaraan program tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikasi melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di RS, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan.

Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT yang selanjutnya disebut

JAMKESMAS dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu dengan mana program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) mengacu pada prinsip-prinsip asuransi sosial:

- a. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu.
- b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang cost effective dan rasional.
- c. Pelayanan Terstruktur, berjenjang dengan Portabilitas dan ekuitas.
- d. Transparan dan akuntabel.

Pada tahun 2014 Pusat Jaminan dan Pembiayaan Kesehatan diharapkan sudah terjadi *universal coverage* untuk itu strategi yang perlu dibangun dalam rangka universal coverage adalah

- a. Peningkatan cakupan peserta Pemda (Pemda)
- b. Peningkatan cakupan peserta pekerja formal (formal)
- c. Peningkatan cakupan peserta pekerja informal (in-formal)
- d. Peningkatan cakupan peserta individual (individu)

Untuk mencapai Universal Coverage pada tahun 2014 maka perlu ada sinergi antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, hal yang paling penting dalam mensinergikan jaminan kesehatan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah adalah masalah pembiayaan. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang terdapat dalam Keputusan Bupati/Walikota akan dibiayai dari APBN, Masyarakat miskin dan tidak mampu diluar kuota ditanggung oleh Pemerintah Daerah dengan sumber biaya dari APBD, Kelompok Pekerja dibiayai dari institusi masing-masing (PNS, ASABRI, JAMSOSTEK) dan kelompok individu (kaya dan sangat kaya) membiayai diri sendiri dengan asuransi kesehatan komersial atau asuransi kesehatan lainnya.

Sampai saat ini sudah banyak Pemerintah Daerah yang mempunyai kemampuan menyediakan dana melalui APBD dalam rangka

memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakatnya diluar kuota Jamkesmas. Namun pelaksanaannya antara pemerintah daerah yang satu dengan pemerintah daerah yang lain berbeda-beda, sampai saat ini sekurang-kurangnya ada dua nama program dalam pelayanan kesehatan di daerah yaitu Jaminan Kesehatan Daerah dengan Bapel dan Pelayanan Kesehatan Gratis untuk semua penduduk.

### 3. Fasilitas Jamkesmas

Fasilitas dan pelayanan yang diberikan oleh JAMKESMAS dan adalah:

#### **Pelayanan di puskesmas dan jaringannya.**

a. Rawat jalan tingkat 1 dilaksanakan pada puskesmas dan jaringannya dalam atau luar gedung meliputi:

- Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
- Laboratorium sederhana (darah, urine, feses rutin)
- Tindakan medis kecil
- Pemeriksaan dan pengobatan gigi termasuk cabut dan tambal
- Pemeriksaan ibu hamil. Ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita
- Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi)
- Pemberian obat

b. Rawat inap tingkat 1 dilaksanakan pada puskesmas perawatan meliputi:

- Akomodasi rawat inap
- Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
- Lab sederhana
- Tindakan medis kecil
- Pemberian obat

c. Persalinan normal yang dilakukan di puskesmas non perawatan/ bidan desa /polindes/rumah pasien/BPS

d. Pelayanan gawat darurat

#### **Pelayanan kesehatan dirumah sakit**

- a. Rawat jalan tingkat lanjutan
- b. Rawat inap tingkat lanjutan dilaksanakan pada ruang perawatan kelas tiga
- c. Pelayanan gawat darurat

#### **Pelayanan yang dibatasi**

- a. Kaca mata dengan nilai maksimal 50,000 berdasarkan resep dokter

- b. Alat Bantu dengar dengan berdasarkan harga yang paling murah
- c. Alat Bantu gerak berdasarkan harga yang paling efisien
- d. Pelayanan penunjang diagnosa canggih diberikan hanya pada kasus lifesaving

#### **Yang Tidak Ditanggung Oleh Jamkesmas**

- a. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur
- b. Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika
- c. General cek up
- d. Protesis gigi tiruan
- e. Pengobatan alternative dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah
- f. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi
- g. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam

#### 4.) Tujuan Penyelenggaraan JAMKESMAS

##### Tujuan Umum :

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

##### Tujuan Khusus:

- Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit
- Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
- Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel

##### Sasaran :

Peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas tersebut meliputi:

- a. Masyarakat miskin dan tidak mampu sesuai dengan database kepesertaan yang bersumber dari TNP2K.
- b. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar.
- c. Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas.

- d. Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Penghuni Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana.

Mengurus jamkesmas sebenarnya tidak sulit dikarenakan ketidaktahuan dan takut dipersulit membuat masyarakat enggan untuk mengurus jamkesmas, dan tidak sedikit masyarakat ketika mengurus di lempar kesana kemari oleh instansi pemerintah yang berwenang tidak tahu apa maksudnya. Di samping itu tak jarang masyarakat yang mau mengurus jamkesmas tidak mengetahui prosedur dan kelengkapan administrasi apa saja yang perlu di persiapkan untuk mengurus jamkesmas dan ini membuat mereka harus bolak-balik antara tempat tinggal dan puskesmas tempat mengurus. Sudah seharusnya pemerintah harus (khususnya pemerintah desa) menganjurkan warganya untuk membuat jamkesmas jangan menunggu sakit biar ketika sakit udah punya pegangan.

Berikut syarat-syarat mengurus jamkesmas:

- a. Surat Keterangan Tidak Mampu yang ditandatangani oleh RT, RW dan Lurah.
- b. Kemudian diserahkan ke PUSKESMAS setempat.
- c. Nanti dari pihak PUSKESMAS ada petugas yang akan mensurvey (diverifikasi).
- d. PUSKESMAS akan membuat surat rekomendasi yang ditujukan ke Dinas Kesehatan atau Dinas Sosial sesuai daerah masing-masing.
- e. Instansi ini yang akan mengeluarkan Kartu JAMKESMAS.

#### **Persyaratan Pemegang Jamkesmas:**

- a. Kartu Askeskin asli (harus ditunjukkan ke petugas) pendaftaran
- b. Rujukan puskesmas setempat
- c. Surat rujukan dari RSUD
- d. Surat pengantar dari kantor Dinas social dan dinas kesehatan kabupaten / kota
- e. Foto copy kartu keluarga

- f. Foto copy KTP pasien atau orang tua pasien jika pasien < 17 tahun

#### **Persyarat Surat Keterangan Tidak Mampu**

- a. SKTM yang ditanda tangani oleh RT/RW dan Lurah sesuai dengan alamat di KTP yang masih berlaku
- b. Surat keterangan dari Dinas Sosial Kabupaten
- c. Rujukan puskesmas setempat
- d. Surat rujukan dari RSUD
- e. Surat pengantar dari kantor Dinas social dan dinas kesehatan kabupaten / kota
- f. Foto copy kartu keluarga
- g. Foto copy KTP pasien atau orang tua pasien jika pasien < 17 tahun

#### **Prosedur Berobat**

- a. Membawa persyaratan administrasi berobat rawat jalan
- b. Mengurus surat jaminan pelayanan (SJP) di unit pelayanan pasien jaminan (UPPJ)
- c. Menuju ke poliklinik/unit pelayanan yang dituju

#### **KESIMPULAN**

Dari kajian yang dilakukan penting sekali untuk segera merencanakan berbagai strategi untuk mencapai target UHC. Jika keadaan saat ini tidak mengalami perubahan, maka apa yang diamanatkan oleh regulasi negara tidak tercapai dengan baik. Rekomendasi yang diberikan oleh penulis adalah dengan membuat sistem manajemen bagaimana mengoptimalkan peran bidan tersebut. Perlu peran dan partisipasi semua pihak, Melibatkan progra-program yang telah ada serta optimalisasi peran Bidan

#### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Ucapan terima kasih diberikan kepada Program Studi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas yang selalu memberikan dukungan dan dorongan di setiap kegiatan penelitian yang dilakukan.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Brown JM, Alverson EM, Pepa CA. 2001. The influence of a baccalaureate program on

traditional, RN-BSN, and accelerated students' critical thinking abilities. *Holist Nurs Pract* 15(3).pp. 4-8. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12120110>

Fenech, Giliane, 2016. Critical reflection in midwifery practice: the protection motivation theory. *Journal Reflective Practice*, 17(3). Available at <http://dx.doi.org/10.1080/14623943.2016.1164680>

Fisher, Alec. 2001. *Critical Thinking An Introduction*. United Kingdom; Cambridge University Press. Pp.1-14

ICM. 2014. The International Confederation of Midwives Dissemination Pack. Global Standard, Competencies and Tools. Available at <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Dissemination/140508%20Dissemination%20ICM%20V06.pdf>

Jefford, E., Kathleen Fahy & Deborah Sundin. 2011. Decision-making Theories and their usefulness to the midwifery profession both in terms of midwifery practice and the education of midwives. *International Journal of Nursing Practice*, 17 (3), pp. 246-253

Kuhn, D., & Dean, D. 2004. A bridge between cognitive psychology and educational practice. *Theory into Practice*, 43(4).pp. 268–273. Available at [https://www.researchgate.net/publication/232869320\\_Metacognition\\_A\\_Bridge\\_Between\\_Cognitive\\_Psychology\\_and\\_Educational\\_Practice](https://www.researchgate.net/publication/232869320_Metacognition_A_Bridge_Between_Cognitive_Psychology_and_Educational_Practice)

Lai, Emily.R. 2011. *Critical Thinking : a Literature Review Research Report*. Pearson. Available at <http://images.pearsonassessments.com/image/s/tmrs/CriticalThinkingReviewFINAL.pdf>

Mottola CA, Murphy P. 2001. Antidote dilemma—an activity to promote critical thinking. *Journal of Continuing Education in Nursing* 32(4).pp.161-164.

Paul, Richard and Linda Elder. 2006. *Critical Thinking “Concepts and Tools*. The

- Foundation for Critical Thinking. Available at  
[https://www.criticalthinking.org/files/Concepts\\_Tools.pdf](https://www.criticalthinking.org/files/Concepts_Tools.pdf)
- Schraw, G., Crippen, K. J., & Hartley, K. 2006. Promoting self-regulation in science education: Metacognition as part of a broader perspective on learning. *Research in Science Education*, 36 (1).pp. 111–139. Available at <http://link.springer.com/article/10.1007/s11165-005-3917-8>
- Schin S, Ha J, Shin K, et al. 2006. Critical thinking ability of associate, baccalaureate and RN-BSN senior students in Korea. *Nurs Outlook* 54(6).pp.328-333. Available at [http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(06\)00253-3/abstract](http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(06)00253-3/abstract)
- The Open University. 2008. *Thinking Critically*. United Kingdom : Thanet Press. Available at <https://www.openpolytechnic.ac.nz/assets/Learning-Central/Critical-thinking-Open-University.pdf>
- Varney Helen., Jan.M Krie & Carolyn L.Gegor. 2004. Varney's Midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49(1), pp 62-63 available at <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952303004203>