

BAGAIMANA SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL BEKERJA

**Kumpulan Liputan Jurnalis
tentang Sistem Jaminan Sosial
Nasional di Indonesia
Periode 2013 - 2014**

BAGAIMANA SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL BEKERJA

Kumpulan Liputan Jurnalis tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional di Indonesia
Periode 2013 - 2014

PENYUNTING:

Alwan Ridha, Eva Danayanti, Rina Julvianty

DITERBITKAN ATAS KERJASAMA

Friedrich Ebert Stiftung (FES)

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)

Aliansi Jurnalis Independen (AJI)

Jl. Kembang Raya No. 6, Kwitang, Senen, Jakarta Pusat

Telp. +62 21 3151214, Fax. +62 21 3151261

Website : www.aji.or.id

Email: sekretariat@ajiindonesia.or.id

Twitter : [@AJIIndo](https://twitter.com/AJIIndo)

Fb : Aliansi Jurnalis Independen

PENGANTAR AJI

Seperti kita ketahui, isu jaminan sosial telah menjadi perhatian masyarakat Indonesia sejak lama. Hampir 10 tahun panggung politik ramai memperbincangkan masalah ini. Pro dan kontra mewarnai pembahasan ruang lingkup hingga masalah teknis. Hingga akhirnya, mencapai titik kompromi, yaitu pemerintah memulai sistem jaminan kesehatan pada Januari 2014 dan selanjutnya jaminan sosial menyeluruh secara bertahap.

Sesuai undang-undang, jaminan sosial yang dirancang pemerintah adalah untuk seluruh masyarakat Indonesia, baik yang kaya maupun yang miskin. Sistem ini memberikan penyetaraan layanan misalnya dalam layanan kesehatan. Hal ini karena dalam jaminan sosial masyarakat untuk kesehatan ini ada pola tanggungan bersama. Artinya peserta bisa mendapatkan manfaat layanan kesehatan secara menyeluruh karena biaya ditanggung bersama masyarakat.

Manfaat jaminan sosial ini bisa dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat apabila bisa tersosialisasi dengan baik. Peran media massa sangat dibutuhkan untuk ini. Selain mensosialisasikan juga membantu mengedukasi masyarakat sehingga memahami dan dapat memanfaatkannya.

Sejak tahun 2013, Aliansi Jurnalis Independen bersama Friedrich Ebert Stiftung (FES) dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), bekerja sama untuk memberikan peningkatan kapasitas dan pemahaman pada jurnalis di berbagai daerah terkait sistem jaminan sosial ini. Media massa atau jurnalis diharapkan memahami dasar dan bagaimana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bekerja. Diharapkan, dengan fahamnya jurnalis tentang pola jaminan sosial, bisa

memberikan dampak terhadap masyarakat. Selain bentuk pengawasan publik, masyarakat pun diharapkan dapat mendapatkan informasi yang akurat terkait sistem jaminan sosial ini sehingga badan yang dibentuk oleh uang iuran pekerja ini bisa termanfaatkan.

Respon dari kalangan media dan jurnalis terhadap program ini cukup menggembirakan. Melalui program ini berbagai liputan media mengenai sistem jaminan sosial telah dihasilkan dan dipublikasikan di berbagai media cetak, radio, maupun televisi. Sebagian dari karya-karya tersebut telah dikumpulkan dan dibuat menjadi sebuah buku kompilasi liputan yang berjudul “Bagaimana Sistem Jaminan Sosial Nasional Bekerja?”. Harapan kami kumpulan liputan ini dapat dibaca oleh masyarakat yang lebih luas, dan menjadi referensi ide bagi kalangan jurnalis dalam mengembangkan ide liputannya tentang jaminan sosial.

Kami sangat mengapresiasi pada Friedrich Ebert Stiftung (FES) dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) atas kontribusinya pada penyelenggaraan program ini. Tidak hanya itu, bagi AJI sendiri program ini cukup berkontribusi dalam peningkatan jumlah anggota AJI di seluruh Indonesia.

Jakarta, September 2015

Suwarjono

Ketua Umum Aliansi Jurnalis Independen

PENGANTAR FES

Reformasi sistem jaminan sosial di Indonesia sebagaimana diamanatkan oleh Undang-undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) membawa harapan baru demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sosialisasi SJSN kepada masyarakat menjadi salah satu aspek penting dalam penyelenggaraan SJSN'

Dalam kerangka sosialisasi SJSN ini, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Aliansi Jurnalis Independen Indonesia (AJI Indonesia) bekerjasama dengan Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) menyelenggarakan rangkaian lokakarya bagi jurnalis di sepuluh kota di Indonesia: Jambi, Mataram, Pontianak, Banyuwangi, Mamuju, Bandar Lampung, Kendari, Gorontalo, Maumere dan Banten. Kebijakan Pemerintah untuk membangun sebuah sistem jaminan sosial yang universal di Indonesia telah menyiratkan sebuah periode tatanan sosial-politik yang penting. Lokakarya yang dilaksanakan pada 2013-2014 ini dimaksudkan sebagai kontribusi bagi para jurnalis agar dapat memahami dengan lebih baik lagi reformasi sistem jaminan sosial nasional yang cukup kompleks. Mengingat peran media yang penting, pada saat yang bersamaan para jurnalis melalui tulisan dan liputannya mengkomunikasikan informasi terkait kepada masyarakat luas. Rangkaian lokakarya yang didukung oleh tiga lembaga/organisasi ini juga berperan sebagai katalisator demi tercapainya kesepahaman antara eksekutif dan masyarakat sipil.

Dampak positif lain dari kegiatan ini yang tak kalah pentingnya bagi AJI Indonesia adalah meningkatnya pemahaman para jurnalis tentang bagaimana reformasi sistem jaminan sosial nasional juga berpengaruh terhadap situasi jaminan sosial para jurnalis itu sendiri. Dan juga membangun kesadaran para jurnalis tentang cakupan manfaat jaminan sosial yang berhak mereka dapatkan.

Di setiap lokakarya, peserta ditugaskan untuk mengembangkan sebuah outline liputan bertema isu jaminan sosial. Sebuah tim yang terdiri dari FES, DJSN dan AJI memilih lima outline liputan terbaik, tentu saja dengan mempertimbangkan aspek-aspek penting terkait tema dan kode etik jurnalistik. Kemudian outline liputan yang terpilih dipublikasikan di media masing-masing. Buku kompilasi liputan terpilih ini merekam situasi dan kondisi serta tantangan pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional terutama Jaminan Kesehatan Nasional, dan sekaligus dapat menjadi media informasi dan edukasi bagi jurnalis lainnya, juga sebagai masukan penting bagi pemangku kebijakan.

FES senang sekali dapat menjadi bagian dari proses membangun kesadaran dan menjembatani komunikasi antara para pemangku kepentingan. Pada kesempatan ini kami ucapkan terima kasih kepada Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Aliansi Jurnalis Independen Indonesia (AJI Indonesia) atas kerjasama yang terjalin dengan baik.

Selamat membaca

Sergio Grassi

Direktur Perwakilan

Friedrich-Ebert-Stiftung Indonesia



DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL

KATA PENGANTAR

Kebijakan Pemerintah tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) perlu diketahui dan dipahami oleh seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu perlu dilakukan penyebarluasan informasi melalui komunikasi publik kepada semua pemangku kepentingan dan masyarakat umum, termasuk para jurnalis.

Penerbitan Buku Kompilasi “Liputan Berita Sistem Jaminan Sosial Nasional” ini dimaksudkan sebagai bagian dari rangkaian kegiatan komunikasi publik kepada para jurnalis yang telah dilakukan DJSN berkerjasama dengan *Friedrich Ebert Stiftung* (FES) dan Aliansi Jurnalis Independen (AJI) Indonesia, guna meningkatkan pemahaman para jurnalis tentang SJSN yang mencakup program jaminan sosial bidang kesehatan dan jaminan sosial bidang ketenagakerjaan.

Dengan terbitnya Buku Kompilasi “Liputan Berita Sistem Jaminan Sosial Nasional” ini, diharapkan masyarakat akan lebih memahami tentang implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui tulisan para jurnalis, sehingga masyarakat lebih sadar akan hak dan kewajibannya sebagai peserta, serta turut memantau pelaksanaannya.

Buku kompilasi ini akan terus disempurnakan sesuai dengan kebutuhan dan agenda komunikasi publik kepada para jurnalis di waktu mendatang. Masukan yang konstruktif dari para pembaca untuk penyempurnaan sangat diharapkan.

Pada kesempatan ini, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) menyampaikan penghargaan yang tinggi dan ucapan terima kasih kepada *Friedrich Ebert Stiftung* (FES) dan Aliansi Jurnalis Independen (AJI) Indonesia yang telah membantu menyusun dan menerbitkan buku kompilasi ini.

Jakarta, 2 November 2015

Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional,

Dr. dr. Tb. Rachmat Sentika, Sp.A., MARS.



DAFTAR ISI

Pengantar AJI.....	iii
Pengantar FES.....	v
Pengantar DJSN.....	vii

BANTEN

Aturan Pendaftaran BPJS Kesehatan Dikaji Ulang

Adi Thea Dian.....	1
--------------------	---

Berwenang Buat Peraturan, BPJS Libatkan Masyarakat

Adi Thea Dian.....	4
--------------------	---

Belum Semua Wartawan Bandung Ditanggung Asuransi

Anwar Siswadi.....	8
--------------------	---

Pekerja Informal Belum Digarap BPJS

Firdaus Rahmadi.....	11
----------------------	----

BANYUWANGI

Layanan Kesehatan untuk ODHA di Banyuwangi Memprihatinkan

Ira Rachmawati.....	13
---------------------	----

Sicko

Oryza A. Wirawan.....	19
-----------------------	----

Pekerja di Bondowoso Harus Rela Tak Didaftarkan ke BPJS

Ketenagakerjaan

Friska Kalia.....	26
-------------------	----

GORONTALO

Menakar Keadilan Informasi Bagi Pasien

Debby Hariyanti Mano.....	31
---------------------------	----

Kalau Sakit, Tak Ada Jaminan Negara Bagi Orang Bajo Torosiaje

Rivol Paino.....	36
------------------	----

JAMBI

Layanan Primer Siap Sambut JKN

Suci Rahayu Prayogi Kristiani.....	42
------------------------------------	----

Nasib Orang Rimba dalam BPJS	
Kristiawan.....	46
Obat Mahal Bagi Pasien Miskin	
Nurul Fahmy.....	56
BPJSTak Sentuh Gepeng	
Andika Arnold	67

KALIMANTAN BARAT

Kalbar Kekurangan 1.800 Dokter Umum dan 100 Dokter Spesialis	
Dina Dani.....	69
Penerapan BPJS Kesehatan 2014: Puskesmas Bakal Dijejali Pasien	
Hendi	75
Pendataan Peserta BPJS Harus Akurat, Penduduk Miskin Harus Teraftar	
Rusdiansyah.....	79

KENDARI

Risiko Tinggi, Pekerja Tambang Butuh Jaminan Kesehatan dan Ketenagakerjaan	
Badaruddin Bombana	85
“Sakitnya” Pelayanan Rumah Sakit di Sultra	
Yoshasrul.....	90

LAMPUNG

Benarkah JKN Reformatif?	
Gatot Arifianto.....	102

MAMUJU

Peserta BPJS Kesehatan Keluhkan Pelayanan RSUD Mamuju	
Rahmat	107
Perusahaan Sawit Matra dan Mateng Belum Daftarkan Karyawannya BPJS	
Anhar	110

Pelayanan Peserta JKN di RSUD Mamuju: Memang, Orang Miskin Dilarang Sakit!	
Muhammad Sholihin.....	113

NTB

SJSN Masih Belum Bersahabat Bagi Si Miskin	
Muhamad Kasmin.....	116
Buruh Kebersihan dan Jaminan Kesehatan: Berdoa Jangan Sakit, Awam Soal Jaminan Kesehatan	
Ririn Fitriana	121

NTT

“Mendiagnosa” Peran Pemerintah dalam Menyukseskan BPJS Kesehatan	
Aloysius Yanlali.....	129
32,44 Persen Warga Sikka Belum Miliki Kartu BPJS Kesehatan	
Aloysius Yanlali.....	134
TKLHK Jadi Peserta BPJS Ketenagakerjaan	
Retno Irawati.....	137
BPJS Kesehatan: Merenda Kehidupan Baru Janda Malang	
Walburgus Abulat.....	143
Minimnya Faskesda dan Jaminan Kesehatan (Bagian Pertama) Basira, Dusun yang Terlewatkan	
Wentho Eliando.....	153
Minimnya Faskesda dan Jaminan Kesehatan (Bagian Kedua) Menyakitkan: Hidup Atau Pasrah dan Mati!	
Wentho Eliando.....	162
Minimnya Faskesda dan Jaminan Kesehatan (Bagian Ketiga) BPJS: Menuju Kehidupan Yang Lebih Baik	
Wentho Eliando.....	169

SUMATERA BARAT

Fasilitas Rumat Sakit Minim, Masyarakat Berobat ke Dukun	
Arjuna Nusantara.....	179

BANTEN

ATURAN PENDAFTARAN BPJS KESEHATAN DIKAJI ULANG¹

ADITHEA DIAN

*Termasuk syarat yang harus dipenuhi calon peserta perorangan
BPJS Kesehatan.*

Direktur Hukum, Komunikasi dan Hubungan Antar Lembaga BPJS Kesehatan, Purnawarman Basundoro, mengatakan BPJS Kesehatan akan mengkaji ulang Peraturan BPJS No. 4 Tahun 2014 tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Peserta Perorangan BPJS Kesehatan.

Menurutnya, itu menjadi bagian dari dinamika pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang digelar BPJS Kesehatan. Peraturan BPJS Kesehatan itu sempat menuai kritik dari sejumlah kalangan karena dinilai merugikan orang miskin. Ditambah pula kini sudah ada program Kartu Indonesia Sehat.

Purnawarman mengatakan pada intinya BPJS Kesehatan menginginkan agar program yang diselenggarakannya

¹ Tulisan sudah dipublikasikan di www.hukumonline.com, 7 November 2014.

berkelanjutan. Untuk itu dalam melaksanakan JKN, BPJS Kesehatan selalu mengedepankan prinsip kehati-hatian. BPJS Kesehatan juga tidak bisa bertindak sendiri, karena butuh dukungan berbagai pihak seperti peserta, pemerintah, fasilitas kesehatan, dokter dan tenaga medis.

Ia tak menampik banyaknya tantangan yang dihadapi saat pelaksanaan program BPJS Kesehatan. Ditambah lagi pemahaman masyarakat terhadap prinsip gotong-royong dalam JKN masih minim. Itu dapat dilihat dari adanya peserta, terutama kategori mandiri yang tidak rutin dalam membayar iuran.

Padahal iuran sangat penting untuk dikelola BPJS Kesehatan guna menjalankan program JKN. Jika kondisi itu terus berlangsung, Purnawarman menyebut BPJS Kesehatan memprediksi program yang bergulir sejak 1 Januari 2014 itu berpotensi mandek. "Diterbitkannya Peraturan BPJS Kesehatan No. 4 Tahun 2014 bukan didasari karena kekhawatiran, tapi prediksi. Kalau prinsip gotong royong tidak ditingkatkan maka program ini tidak berkelanjutan," katanya di dalam diskusi yang digelar Elkape dan KPBI di Jakarta, Kamis (6/11).

Peraturan BPJS Kesehatan No. 4 Tahun 2014 diharapkan memberi pendidikan kepada masyarakat agar mendaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan selagi sehat dan membayar iuran secara rutin. Karena itu pula ada jangka waktu tunggu tujuh hari bagi peserta mandiri yang sudah mendaftar dan membayar iuran awal.

Terkait syarat bagi calon peserta untuk punya rekening bank, Purnawarman mengatakan itu dalam rangka mendukung program pemerintah mengurangi penggunaan uang tunai. Sehingga, pembayaran iuran peserta kepada BPJS Kesehatan dapat dilakukan autodebet lewat bank.

Namun, Purnawarman melanjutkan, BPJS Kesehatan sangat terbuka terhadap masukan dari masyarakat terhadap Peraturan BPJS No. 4 Tahun 2014. Masukan itu akan digunakan BPJS Kesehatan sebagai bahan kajian dan evaluasi.

Anggota DJSN, Asih Eka Putri, mengatakan rutinitas peserta BPJS Kesehatan membayar iuran sangat penting agar subsidi silang dalam program JKN berjalan sempurna. Namun, ketika banyak masyarakat yang sudah terkena resiko (sakit) kemudian mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan agar mendapat pelayanan kesehatan bagi Asih itu wajar pada saat awal program itu berjalan.

Atas dasar itu UU SJSN mengamanatkan negara turun tangan ketika kondisi keuangan BPJS Kesehatan bermasalah saat menghadapi kondisi tersebut. Oleh karenanya, Asih berpendapat masa tunggu tujuh hari seperti yang diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 4 Tahun 2014 itu patut dikritisi. Apalagi jika peserta yang telah mendaftar dan membayar iuran awal itu mengalami keadaan darurat sehingga butuh pertolongan cepat. "Itu berpotensi mengakibatkan pelanggaran hak dan bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang ada di atasnya," ujarnya.

Begitu pula dengan syarat rekening bank, menurut Asih hal itu akan menyulitkan calon peserta yang belum punya tabungan di bank. Tapi ia sepakat bahwa peserta harus membayar iuran dengan teratur. Pemungutan iuran itu juga perlu dilakukan dengan efisien.

Oleh karenanya Asih berpendapat agar pelaksanaan berbagai persyaratan yang ada dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 4 Tahun 2014 itu harus bijak. "Perlu dilakukan sosialisasi terlebih dulu sebelum peraturan itu diterapkan," usulnya.

BANTEN

BERWENANG BUAT PERATURAN, BPJS LIBATKAN MASYARAKAT¹

ADI THEA DIAN

Terutama kelompok masyarakat yang akan terkena dampak materi peraturan yang akan dibuat.

Sesuai mekanisme yang diatur dalam UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan, dalam pembuatan peraturan masyarakat harus dilibatkan. Keharusan itu diingatkan kembali Direktur Litigasi Ditjen Peraturan Perundang-Undangan Kementerian Hukum dan HAM, Nasruddin, dalam sebuah diskusi akhir pekan lalu.

Nasruddin mengatakan Peraturan BPJS Kesehatan No. 4 Tahun 2014 tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Peserta Perorangan BPJS Kesehatan harus mengacu pada regulasi yang lebih tinggi. Oleh karena kegiatan BPJS menyangkut publik, maka seharusnya Peraturan BPJS tersebut merujuk pada UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Asasnya, peraturan yang lebih rendah tidak boleh

¹ Tulisan sudah dipublikasikan di www.hukumonline.com, 10 November 2014.

bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi.

Untuk mengurangi potensi digugat, maka pembentukan suatu peraturan (*regeling*) perlu melibatkan masyarakat. Terutama mereka yang terkena dampak langsung pengaturan. Tujuannya, kata Nasruddin, agar masyarakat memahami alasan terbitnya peraturan dimaksud, dan mengetahui hak atau kewajiban mereka.

Secara normatif, BPJS memang punya kewenangan menerbitkan peraturan. Tetapi perlu melibatkan masyarakat, terutama pemangku kepentingan langsung. "Jangan sampai peraturan BPJS Kesehatan itu di-*judicial review* ke MA," imbuhnya.

Peraturan BPJS Kesehatan No. 4 Tahun 2014 dipersoalkan sejumlah kalangan karena dinilai merugikan masyarakat miskin. Antara lain karena keharusan punya Nomor Induk Kependudukan (NIK) dan rekening bank. Demikian pula tentang waktu tunggu 7 hari sebelum warga bisa menggunakan kartunya.

Waktu tunggu ini pula yang mendapat sorotan dari Nasruddin. Pelayanan publik seharusnya bisa diberikan dengan cepat. Begitu warga mendaftar, mereka bisa mendapatkan layanan langsung. "Harus dicari jalan keluar agar program BPJS Kesehatan bisa berkelanjutan dan peserta tidak terlanggar haknya," saran Nasruddin.

Staf Ahli DJSN, Mahlil Ruby, menilai Peraturan BPJS No. 4 Tahun 2014 itu hambatan antara tata kelola yang dibutuhkan BPJS Kesehatan dan hak konstitusi rakyat. Peraturan itu membuat masyarakat enggan mendaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan.

Ruby melihat terbitnya peraturan itu didorong oleh *adverse selection* (kepesertaan berdasarkan resiko *-red*)

pada peserta mandiri. Akibatnya, pembayaran iuran tidak berkesinambungan. Tapi, perlu dipahami, di banyak negara pun, pembayaran iuran peserta mandiri biasanya tidak berkesinambungan. Selain itu, batas besaran upah untuk peserta kategori penerima upah menurut Ruby harus diubah, jangan 2 kali PTKP. Rumus semacam ini menyebabkan subsidi silang dalam program JKN yang dikelola BPJS Kesehatan menjadi rendah.

Ruby mengingatkan status BPJS adalah badan hukum publik. Pemegang saham bukan lagi pemerintah, tapi rakyat. Dengan diterbitkannya Peraturan BPJS Kesehatan No. 4 Tahun 2014 itu mengakibatkan benturan antara tata kelola BPJS Kesehatan yang efisien dengan hak rakyat selaku pemegang saham. "Tujuan asuransi kesehatan sosial itu untuk melindungi rakyat. Kalau ada ketentuan yang mengatur masa tunggu tujuh hari bagaimana bisa dikatakan mau melindungi rakyat," tutur Ruby.

Atas dasar itu Ruby berkesimpulan Peraturan BPJS Kesehatan No. 4 Tahun 2014 itu tepat dalam konteks tata kelola. Tapi tujuan regulasi itu untuk mengurangi *adverse selection* tidak tepat. Penerapan syarat berupa kepemilikan rekening bank terbukti gagal mendorong peserta mengiur secara rutin, seperti yang terjadi di China.

Walau sepakat dengan kebijakan untuk memperbaiki tata kelola pelaksanaan program JKN yang digelar BPJS Kesehatan, tapi Ruby berharap agar semua pihak mendorong Kemendagri untuk memperbaiki data kependudukan. Sehingga setiap orang bisa memperoleh NIK.

Syarat yang tercantum dalam pasal 8 dan 9 Peraturan BPJS No. 4 Tahun 2014 menurut Ruby harus direvisi atau ditunda pelaksanaannya. Sebab, ketentuan itu belum tepat

jika dilaksanakan sekarang. Harus ada sosialisasi yang gencar terlebih dulu kepada seluruh masyarakat. “Setidaknya harus ada pemberitahuan (sosialisasi) selama enam bulan sebelum regulasi itu dilaksanakan,” usulnya.

Tak ketinggalan, dalam rangka menjaga likuiditas BPJS Kesehatan, Ruby menyarankan agar Kementerian Keuangan dan Kesehatan menyiapkan dana darurat sekitar Rp4 triliun yang dapat digunakan oleh BPJS Kesehatan secara mudah. Itu diperlukan untuk mengantisipasi dampak *adverse selection*. “Jadi ketika BPJS Kesehatan mengalami masalah likuiditas bisa mengambil dana cadangan itu,” pungkasnya.

BANTEN

BELUM SEMUA WARTAWAN BANDUNG DITANGGUNG ASURANSI¹

ANWAR SISWADI

Hampir setahun penerapan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), namun belum semua wartawan di Bandung ditanggung asuransinya oleh perusahaan media. Mereka membayar premi sendiri agar bisa mendapat layanan kesehatan dan perlindungan risiko kerja, uang pensiun, hingga jaminan kematian.

Wartawan harian lokal di Bandung, Bambang mengatakan, ia pernah kelimpungan saat istrinya melahirkan anak pertama dengan biaya Rp 5 juta di rumah sakit. Selang beberapa bulan kemudian, ia yang butuh biaya Rp 6 juta untuk operasi ginjal. Setelah dua hari dirawat dengan tubuh yang belum pulih, Bambang memutuskan pulang ke rumah. “Tidak jadi dioperasi, uangnya dari mana,” kata dia.

Kantornya sampai saat ini belum menjamin asuransi kesehatan bagi wartawan berstatus karyawan itu. Begitu pula tanggungan kecelakaan kerja. “Dulu pernah isi formulir BPJS, tapi realisasinya tidak ada,” ujar dia. Hal serupa dialami Arie,

1 Tulisan sudah dipublikasikan di www.tempo.co, 23 Desember 2014

seorang jurnalis sebuah radio di Bandung.

Selama lima tahun lebih, ia menanggung sendiri asuransi kesehatan dan risiko kecelakaan kerja. “Waktu 2008 pernah minta asuransi ke orang kantor, katanya akan diusahakan. Tapi sampai sekarang tidak ada,” ujarnya. Saat anaknya sakit, upaya meminjam uang ke kantor pun ditolak. Biayanya hanya bisa diringankan dengan cara pemuatan kiriman laporan berita sebanyak mungkin. Jadi sambil mengurus anaknya yang sakit, ia harus rajin mencari berita. “Manajemen kantor buruk,” ujarnya.

Selama beberapa kali anaknya jatuh sakit, biaya penyembuhan itu selalu memakan setengah bulan upahnya. “Sebulan hampir tidak pernah libur, kerja terus tiap hari,” kata dia. Karena tak bisa lagi berharap ke kantor, ia memutuskan ikut asuransi swasta yang preminya sekitar Rp 300 ribu per bulan untuk diri sendiri dan anak-anaknya. Adapun istrinya telah ditanggung oleh kampus tempatnya bekerja.

Ketika kemudian rekan sesama wartawan bergabung ikut BPJS Kesehatan dan Tenaga Kerja dengan biaya sendiri, Bambang dan Arie ikut. Preminya hanya separuh dari yang biasa disetorkan ke perusahaan asuransi swasta. Selain lebih murah, hidupnya kini menjadi agak tenang, terutama ketika anak-anaknya jatuh sakit. “Pernah harus bayar jaminan jutaan rupiah, setelah diurus waktu pulang hanya bayar Rp 200 ribu,” ujar Arie.

Organisasi wartawan seperti Aliansi Jurnalis Independen (AJI) Bandung dan Aliansi Wartawan Radio Indonesia (Alwari) Bandung, menjadi wadah pengganti institusi kantor media agar wartawan bisa ikut asuransi secara mandiri. Anggota Alwari Bandung Teguh Raharjo mengatakan, dari belasan peserta awal Jamsostek pada 2013, kini tinggal 9 orang yang tersisa.

Mayoritas peserta di Alwari belum ditanggung kantor media lokal dan nasional. “Sebagian keluar karena sudah ditanggung kantornya. Kami memang mendesak seperti itu,” kata dia. Sementara di AJI Bandung, ada belasan anggotanya yang masih memperjuangkan hak asuransinya dari kantor. Kepesertaan mereka ikut Jamsostek sejak 2011, yang kemudian menjadi BPJS pada 2014.

Senior manajer BPJS Kesehatan Cabang Utama Bandung, Gatot Subroto mengatakan, pihaknya telah mengetahui permasalahan tersebut setelah bertemu dengan kalangan wartawan di Bandung. Ia berjanji untuk mengirimkan surat ke perusahaan media yang belum mendaftarkan pekerjanya dalam program jaminan sosial. “Kirimkan saja alamat surat atau kantor, nanti kami kirim surat soal kewajibannya,” kata Gatot, Senin, 22 Desember 2014.

Sementara staf hubungan masyarakat BPJS Tenaga Kerja Bandung Novetra Subuhadi meminta, wartawan memastikan ke kantornya apakah sudah didaftarkan atau belum sebagai peserta jaminan sosial. Selain akan mengingatkan perusahaan media atas kewajibannya itu, pihaknya siap dipanggil untuk sosialisasi di kantor media. Pemberi kerja yang tidak patuh, bisa dikenai hukuman maksimal penjara selama 8 tahun atau denda hingga Rp 1 miliar. Sanksi itu sesuai pasal 54-55 Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

BANTEN

PEKERJA INFORMAL BELUM DIGARAP BPJS¹

FIRDAUS RAHMADI

Hingga kini, belum seluruh pekerja informal di Kota Tangsel terdaftar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Padahal, jumlah tenaga kerja informal di Kota Tangsel terbilang besar.

Data di Badan Pusat Statistik (BPS) Tangsel menyebutkan, jumlah pekerja informal di Kota Tangsel sebanyak 115.382 orang. Mereka terdiri atas pekerja bebas 5.315 orang, pekerja keluarga 11.589 orang dan berusaha sendiri 86.082 orang.

Pelaksana Tugas (Plt) Dinas Kesehatan (Dinkes) Tangsel Suharno mengatakan, Pemkot hingga kini masih memprioritaskan warga miskin untuk masuk dalam program BPJS. “Kalaupun ada pekerja informal yang memiliki kartu BPJS, mereka mengurus sendiri atas nama pribadi. Sementara Pemkot belum fokus menggarap kelompok pekerja informal,” katanya, kemarin.

Sedang Kabid Penempatan Tenaga Kerja dan Transmigrasi Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Dinsosnakertrans) Kota Tangsel, Suyatman Ahmad mengungkapkan, pihaknya

1 Tulisan sudah dipublikasikan di *Radar Banten*, 10 November 2014.

kini tengah fokus pada pengalihan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) ke BPJS. “Adanya pengalihan itu membuat kita menunda pembuatan asuransi bagi pekerja informal. Kita pastikan, kedepan pekerja informal akan kita garap dengan asuransi BPJS,” katanya.

Sementara Kepala Divisi BPJS Kesehatan Regional XIII, Mira Anggraeni, mengakui belum seluruh warga di Kota Tangsel terdaftar BPJS. Bahkan dari 11 jutaan warga di Provinsi Banten, tujuh juta di antaranya belum terdaftar menjadi anggota BPJS.

Meski begitu, ia menilai wajar karena pembentukan BPJS baru dilakukan awal 2014. Saat ini pihaknya masih fokus membereskan pemindahan asuransi masyarakat, mulai dari Jamsostek hingga Askes. Bila sudah terpenuhi, BPJS akan menggarap seluruh sektor, termasuk sektor informal. “Sekarang kita masih membereskan warga yang menggunakan asuransi lama. Bila sudah rampung, kita langsung *ngebut* untuk menggarap warga yang belum punya BPJS,” katanya.

Di bagian lain, sejumlah pekerja informal di Tangsel mengaku belum memiliki kartu asuransi kesehatan baik BPJS ataupun kartu kesehatan lainnya, termasuk Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Selain tidak tahu cara membuatnya, mereka menganggap kartu-kartu tersebut tidak begitu penting. “Untuk asuransi kesehatan termasuk BPJS saya tidak punya. Paling kalau sakit paling pakai obat warung, dua hari juga sembuh,” kata Iman, tukang es kelapa, di Serpong, Minggu (9/11). Senada disampaikan Rodi, pelayan warteg di Serpong. “Tidak ngerti apa itu BPJS. Kita tidak pernah memikirkan kartu asuransi. Yang penting sehat,” katanya.

BANYUWANGI

LAYANAN KESEHATAN UNTUK ODHA DI BANYUWANGI MEMPRIHATINKAN¹

IRA RACHMAWATI

Kondisi penderita HIV/AIDS di Banyuwangi cukup memprihatinkan. Selain harus merahasiakan penyakitnya, orang dengan HIV/AIDS (ODHA) juga tidak bisa mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit karena tidak mempunyai biaya.

YM (32), pengidap HIV/AIDS tinggal di rumah sederhana bersama kedua orangtuanya yang sudah tua di Banyuwangi. Untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari, ia menerima jahitan dari tetangga sekitarnya. “Kalau nggak ada jahitan, yang ngerjain apa saja yang dimintai tolong sama tetangga. Ya, bersih-bersih rumah atau bantu di kebun,” jelasnya kepada Kompas.com.

YM adalah ibu rumah tangga yang terdeteksi HIV/AIDS sejak tahun 2012. Suami dari pernikahan pertama dan kedua telah meninggal dunia. “Saat suami yang pertama meninggal, saya tidak tahu penyakitnya. Namun, jika suami saya kedua meninggal dengan penyakit yang sama dengan saya saat ini di awal

1 Naskah sudah pernah dipublikasikan di *Kompas.com*, 24 Maret 2014

tahun 2012, termasuk anak saya yang berusia 5 tahun,” jelasnya.

Akhirnya secara mandiri YM melakukan Voluntary Counseling Test (VCT) untuk mengetahui kondisi kesehatannya. “Awalnya saya takut tapi saya juga ingin tahu kondisi saya. Saat mengetahui hasilnya positif, saya hanya mengucapkan istighfar. Saya sempat berpikir dosa apa saya. Tapi saya terima kenyataan. Sayangnya, saya tidak bisa menyelamatkan anak saya. Dia meninggal lebih dahulu di tahun 2012 lalu,” tuturnya.

Saat terdeteksi, YM mengaku sering mengunjungi klinik VCT di RSUD Genteng. Namun, sejak 3 bulan terakhir, dia sudah jarang memeriksakan diri ke RSUD Genteng karena alasan biaya. “Kalau ke sana saya kan harus naik bus. Pulang pergi sudah berapa uang yang harus dikeluarkan. Mau minta antar tetangga segan. Apalagi pernah ke sana saya dimintai biaya 25 ribu rupiah. Biasanya gratis,” jelasnya.

Ia mengaku lupa kapan ke rumah sakit terakhir kali untuk mengambil obat. “Jangankan untuk bayar transport dan bayar 25 ribu, saya sehari dapatkan uang 5.000 saja susah. Karena tidak mungkin mengandalkan orangtua saya yang hanya buruh tani dan juga sudah sepuh,” jelasnya.

Ia juga menyembunyikan penyakitnya itu dari kedua orangtuanya. “Agar mereka tidak kepikiran. Cukup saya saja yang menanggung penyakit ini,” katanya. Secara fisik, YM terlihat sehat seperti orang pada umumnya. Dia berusaha menjaga pola hidup sehat walaupun berat tubuhnya turun drastis.

“Gimana caranya tidak terlalu capek. Rasanya pingin sekali sembuh, tapi lagi-lagi saya nggak ada biaya,” jelasnya dengan suara pelan.

Saat ditanya apakah ia mempunyai kartu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dia menggeleng

kepala dan mengaku tidak tahu. “Saya nggak paham,” tutur perempuan lulusan SMP tersebut.

Hal senada juga diungkapkan G (37). Ia terdeteksi HIV AIDS sejak 2011. Saat ini, pria yang sebelumnya bekerja sebagai nelayan itu tinggal bersama kerabatnya. Istri dan anak-anaknya pergi meninggalkan G saat mereka tahu penyakit yang dideritanya.

Awalnya G mengaku rutin memeriksakan diri, tetapi kondisi kesehatannya yang semakin menurun, membuat dia sulit bergerak. Jangankan untuk memeriksakan kesehatan, untuk berjalan saja G harus dibantu oleh keluarganya. “Sekarang sudah jadi kembang amben (bunganya tempat tidur). Nggak bisa kemana-mana,” jelasnya.

“Untuk biaya hidup sehari-hari saya numpang sama keluarga di sini karena saya sudah nggak kuat bekerja. Jangan bicara buat berobat, bisa makan saja saya beruntung,” katanya.

Kepada Kompas.com ia juga menunjukkan kulit tubuhnya yang sudah mulai terluka. “Apalagi ini sudah sariawan, jadi susah makannya. Cuma bubur, itu pun buat nelan sakit,” katanya.

BELUM TERLAYANI DENGAN BAIK

Sementara itu, Novan Widiyanto Koordinator Banyuwangi Community Suport yang mendampingi penderita HIV AIDS kepada Kompas.com mengaku masih banyak penderita HIV/AIDS yang masih belum terlayani secara baik.

Apalagi, kata Novan, sejak munculnya Perda No 12 Tahun 2013 tentang Retribusi Jasa Umum per Maret 2014. Untuk mendapatkan pelayanan *care support and treatment* atau pengobatan dampingan dan perawatan, mereka harus mengeluarkan biaya sebesar Rp 25.000. Padahal sebelumnya

gratis. “Sedangkan mereka yang dinyatakan positif, minimal satu bulan sekali harus datang untuk konsultasi dan juga obat,” jelasnya.

Bukan hanya itu, VCT di RSUD Genteng yang awalnya gratis pun ditarik biaya. Untuk nonreaktif, biayanya Rp 87.450 dengan rincian karcis Rp 10.000, jasa konseling pre dan post test Rp 25.000 serta cek reagen 1 sebesar Rp 52.450.

“Sedangkan jika reaktif, maka biaya yang harus dikeluarkan lebih besar yaitu Rp 192.350. Itu tambahan untuk reagen II dan reagen III dengan biaya masing-masing Rp 52.450,” jelas Novan sambil menunjukkan lembaran pemberitahuan tarif jasa layanan konseling dan testing HIV/AIDS pasien rawat jalan, kepada Kompas.com.

Novan mengaku banyak dampingannya yang merasa kecewa dengan penarikan biaya tersebut. Menurutnya, VCT itu sebenarnya sifatnya sukarela, jadi tidak bisa dipaksa. Mereka yang berisiko, saat diantar untuk tes, tidak sedikit yang balik kanan karena harus mengeluarkan biaya. “Itu baru yang test VCT. Belum lagi jika mereka dinyatakan positif yang juga dikenai biaya 25 ribu setiap kali berkunjung untuk konsultasi. Hampir sebagian besar, ya keberatan,” jelasnya.

Apalagi, sebelumnya, menurut Novan, sosialisasi dan edukasi terkait penarikan biaya tersebut masih minim. “Padahal selama ini kami memberikan informasi jika VCT gratis dan Pemerintah Kabupaten Banyuwangi sendiri mempunyai target tahun 2015, pelayanan VCT di Banyuwangi sudah 100 persen,” tuturnya.

HARUS BAYAR JASA KONSELING

Saat dikonfirmasi, Samsul Hidayat, koordinator VCT RSUD Genteng menyatakan, obat untuk penderita HIV/AIDS, yaitu

ARV (antiretroviral) adalah gratis. Sementara biaya Rp 25.000 merupakan kebijakan dari rumah sakit untuk biaya karcis dan jasa konseling.

“Mereka juga bisa melakukan VCT di beberapa puskesmas tanpa biaya. Ada 15 puskesmas yang sudah melayani VCT. Sedangkan untuk RSUD Genteng sendiri melakukan koordinasi dengan 6 puskesmas yang juga melayani VCT, yaitu Sempu, Grajagan, Purwoharjo, Muncar, Pesanggaran dan Bangorejo. Jika mereka dinyatakan positif maka akan di arahkan ke sini,” jelasnya.

Samsul Hidayat mengaku per Desember 2013, ada 726 pasien yang ditangani. “Jika dibuat rata-rata ada 15 pasien temuan baru,” jelasnya.

Ia menjelaskan, selama penerapan BPJS per 1 Januari 2014, pelayanan terhadap penderita HIV/AIDS sedikit ada perubahan. “Karena HIV/AIDS tidak masuk dalam kategori penyakit yang dilayani. Yang bisa dilayani, penyakit turunan seperti penyakit kulit, sariawan dan juga TBC, karena sebagian besar penderita HIV AIDS juga terkena penyakit tersebut,” jelasnya.

Untuk pelayanannya, lanjut Samsul Hidayat, mereka harus dapat rekomendasi dari puskesmas terlebih dahulu, ditujukan ke poli, baru kemudian diarahkan ke poli VCT. “Kalau sebelumnya, ya langsung tanpa rekomendasi dari puskesmas,” tuturnya.

Hal senada juga diungkapkan Plt Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, Wiji Lestari. Kepada Kompas.com, ia menjelaskan, penarikan retribusi merupakan kebijakan dari rumah sakit. “HIV/AIDS di Banyuwangi sementara dibiayai berbagai sumber-sumber internasional dari *global fund*. Tapi ini tidak selamanya, karena pada tahun 2015 nanti

bantuan ini akan berhenti,” katanya.

Menurutnya, setiap tahun juga ada penurunan jumlah bantuan, sehingga pihaknya harus mempersiapkan bagaimana caranya agar bisa mandiri. “Salah satunya ya memasukkan anggaran khusus di tahun 2015 untuk pencegahan HIV/AIDS,” jelasnya.

Untuk tahun 2014, ia mengaku belum ada anggaran khusus untuk membiayai para penderita HIV/AIDS. “Nanti anggaran akan dimasukkan di pencegahan dan pemberantasan penyakit,” katanya.

Pria yang akrab disapa dokter Rio ini juga menjelaskan, hingga Januari 2014, terdapat 1.703 penderita HIV/AIDS di Banyuwangi. “Kalau Surabaya memang jumlah penduduknya lebih banyak dibandingkan Banyuwangi. Malang juga mobilitasnya penduduknya tinggi. Namun hingga tahun 2014 ini, Banyuwangi berada di posisi ketiga tertinggi di Jawa Timur setelah Surabaya dan Malang,” pungkasnya.

BANYUWANGI SICKO¹

ORYZA A. WIRAWAN

Persoalan utama program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial saat diluncurkan adalah prasangka. Negeri ini sudah terlampau lama memiliki segudang program yang menyentuh kemaslahatan masyarakat, namun selalu terantuk di batu yang sama: ketidaktepatan sasaran dan adanya penyelewengan demi keuntungan segelintir orang.

Program asuransi kesehatan nasional berupa jaminan kesehatan masyarakat (jamskesmas) adalah salah satu yang selama ini menjadi sasaran tembak. Jamkesmas ditujukan untuk masyarakat miskin dengan sekian kriteria yang dimiliki Badan Pusat Statistik (BPS). Dengan jamkesmas, masyarakat miskin mendapat pelayanan kesehatan gratis, karena semua beban diserahkan kepada negara.

Persoalan muncul di beberapa tempat: ada sebagian penerima Jamkesmas bukanlah warga miskin sebagaimana disyaratkan. Di lain pihak, ada warga miskin yang tak terdata, sehingga tak terjamin oleh negara. Masalah pendataan penduduk kembali jadi kendala. Alhasil di sejumlah daerah, seperti Kabupaten Jember, Jawa Timur, pemerintah setempat

1 Naskah sudah pernah dipublikasikan di *Beritajatim.com*

harus menganggarkan jaminan kesehatan daerah bagi warga miskin yang tak terdata sebagai peserta jamkesmas.

JKN berbeda dengan Jamkesmas. Program ini tak hanya ditujukan warga miskin, namun seluruh warga tanpa memandang kelas sosial. Setiap peserta diharuskan membayar iuran setiap bulan seumur hidup berdasarkan kelas pelayanan rumah sakit yang dikehendaki: Rp 59.500 untuk kelas 1, Rp 42.500 untuk kelas 2, dan Rp 25.500 untuk kelas 3. Warga miskin membayar iuran dengan ditanggung negara, sementara warga kelas menengah membiayai dirinya sendiri.

Kritik dilontarkan Arif, dosen Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember. Sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional, JKN tak begitu sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945. Dalam UUD 1945, jaminan sosial merupakan hak seluruh rakyat yang ditanggung negara. Namun JKN lebih merupakan asuransi sosial yang mengharuskan pembayaran iuran sebagai syarat kepesertaan. Artinya, hak pelayanan kesehatan hanya diberikan kepada mereka yang membayar iuran.

“Ini bisa jadi merupakan upaya ‘halus’ pemerintah mereduksi tanggung jawab pemerintah dalam memenuhi hak kesehatan rakyat. Apalagi jaminan pelayanan kesehatan merata yang digemborkan tidak banyak dibahas di UU SJSN maupun UU BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial),” kata Arif.

Dalam konsep negara sosial demokrasi, negara memang menjadi pelindung warganya sejak lahir hingga mati (*from cradle to the grave*). Michael Moore, sutradara film dokumenter Amerika Serikat, sempat melongo saat melihat praktik layanan kesehatan gratis di Kanada. Dalam film *Sicko*, ia membandingkan layanan kesehatan di sejumlah negara. Salah

satunya Kanada.

Moore ditertawakan, saat bertanya kepada seorang perempuan di sebuah rumah sakit yang hendak melahirkan tentang berapa biaya yang harus dibayar. Di bagian gawat darurat, ia juga menerima jawaban: tidak ada biaya untuk tindakan medis.

Moore agak senang melihat ada loket kasir di rumah sakit tersebut. Ini pasti untuk urusan bayar-membayar, demikian dia berpikir. Namun pria gendut ini kembali tersenyum kecut saat petugas kasir di sana tidak memungut duit dari pasien yang hendak keluar dari rumah sakit. Sang petugas justru memberikan uang ala kadarnya kepada pasien yang tak mampu untuk ongkos transportasi pulang.

Asih Eka Putri, dokter lulusan Universitas Padjajaran yang banyak bergelut dengan masalah JKN, mengatakan, ada problem jika negara menanggung semua biaya kesehatan. "Pajak kita belum seperti negara luar yang sudah tertib," katanya.

Pertanyaan berikutnya (yang juga berangkat dari prasangka): bagaimana uang saya, jika kemudian saya tak pernah jatuh sakit parah. Sebagian warga peserta JKN mengira kartu ini temporer. Mereka mendaftarkan diri sebagai peserta JKN saat keluarga di ambang sakit, membayar iuran, dan mengembalikan kartu kepesertaan kepada BPJS setelah sembuh. "Kami tegaskan, bahwa peserta yang sudah mendaftar tak bisa keluar dari kepesertaan JKN," kata Kepala BPJS Jember, Muhammad Ismail Marzuki.

Prinsip JKN adalah prinsip gotong royong. Mereka yang tengah tidak sakit ikut menanggung biaya mereka yang sakit, dan hal serupa akan terjadi sebaliknya. Prinsip ini sebenarnya diterapkan di negara seperti Kanada, dengan uang pajak

sebagai pembeda.

“Mengapa Anda berharap rekan senegara Anda melalui uang pajak yang mereka bayar harus membiayai masalah Anda?” tanya Moore dalam filmnya.

Sederhana. “Karena saya akan melakukan hal yang sama untuk mereka,” jawab Larry Godfrey, seorang warga Kanada.

Satu lagi prasangka yang muncul di kalangan masyarakat terkait masalah administratif. Dalam workshop jurnalis mengenai ‘Bagaimana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Bekerja’ di Banyuwangi, Jawa Timur, 14-15 Maret 2014, sejumlah peserta menyampaikan masih adanya keraguan terhadap rumitnya proses pengurusan administrasi, sebagaimana yang dialami warga miskin saat mengurus administrasi untuk jaminan kesehatan daerah.

Pengurusan administrasi Jamkesda di Jember membuka peluang praktik percaloan. Warga miskin yang ingin menjadi peserta Jamkesda diharuskan mengurus surat keterangan tidak mampu (SKTM) atau surat pernyataan miskin (SPM) ke pemerintah desa untuk kemudian dibawa ke Dinas Kesehatan. Prosedur administrasi ini terlalu birokratis bagi warga miskin, sehingga muncul orang-orang yang bersedia mengurus dengan cepat asal dibayar.

SKTM atau SPM juga menjadi ajang bisnis bagi oknum pemerintahan desa. Oknum ini siap memberikan surat keterangan itu bahkan kepada warga yang tak berhak, asalkan ada uang pelicin.

Ada jalur pengurusan administrasi lain yang dimanfaatkan para calo untuk mengeruk keuntungan: surat rekomendasi anggota DPRD Jember. Anggota DPRD Jember, khususnya Komisi D Bidang Kesejahteraan Rakyat, memang tak segan mengeluarkan surat rekomendasi kepada rumah sakit agar

membebaskan biaya masyarakat miskin. Nah, sang calo mengurus dan memintakan tanda tangan kepada sang anggota Dewan dengan meminta sejumlah uang kepada warga yang berkepentingan.

“Alasannya uang itu diberikan ke saya. Padahal saya mengeluarkan rekomendasi tanpa biaya apapun. Yang penting sang peminta rekom ini memang betul-betul miskin,” kata Ketua Komisi D Ayub Junaidi, kesal. Ia terpaksa mengganti sejumlah uang yang diberikan warga kepada calo yang meminta duit atas namanya.

Saya penasaran dengan prasangka terakhir ini. Bersama istri, saya mencoba mendaftarkan diri sebagai peserta JKN tanpa menyebut profesi saya sebagai jurnalis. Tak butuh waktu lama, prasangka itu terterpis. Kami hanya perlu waktu tak sampai setengah jam untuk memperoleh kartu kepesertaan, jika tak ada antrean. Kecepatan kerja administratif BPJS menutup ruang bagi praktik percaloan.

Namun, bagaimana dengan masyarakat di desa yang jauh dari kantor BPJS Jember yang terletak di pusat kota? Ismail Marzuki mengatakan, untuk wilayah Kabupaten Lumajang, BPJS sudah bekerjasama dengan Bank Rakyat Indonesia (BRI) yang memiliki jaringan luas hingga tingkat desa. “Seluruh unit BRI siap menerima pendaftaran dan menerima uang iuran. Warga tinggal mengambil kartu kepesertaan di kantor BPJS Jember,” katanya.

Selain itu, perangkat desa siap membantu warga mendaftarkan secara kolektif. “Langsung bisa kami terima,” kata Marzuki.

Sampai saat ini, BPJS sudah mencatat pendaftaran 8.971 warga Jember dan kurang lebih 2.700 orang warga Lumajang menjadi peserta JKN. “Ini sudah melampaui target 5.900

peserta sampa 31 Desember 2014,” kata Ismail.

Namun, Ismail mengakui, sosialisasi masih perlu terus dilakukan untuk menepis berbagai prasangka. Pemerintah Lumajang sudah membuka ruang kepada BPJS untuk melakukan sosialisasi hingga tingkat rukun tetangga. Sementara di Jember, BPJS masih harus menanti selesainya masa pemungutan suara pemilu pada 9 April 2014.

Pemkab Lumajang juga selangkah lebih maju dibandingkan Jember. Bupati Sjahrazad Masdar sudah menandatangani nota kesepahaman dengan BPJS, untuk memasukkan warga miskin peserta Jamkesda sebagai peserta JKN. Uang iuran warga ditanggung anggaran pendapatan dan belanja daerah.

Sementara untuk di Jember, Bupati MZA Djalal sudah memerintahkan kepada Dinas Kesehatan untuk memasukkan Jamkesda dalam JKN. “Mungkin saat proses PAK (Perubahan Anggaran Keuangan),” kata Ismail.

Akhirnya, apapun prasangka yang muncul, sebenarnya JKN juga menguntungkan kelompok masyarakat kelas menengah. Sejak lama kelas menengah atau kelas pekerja (tidak miskin maupun tidak kaya), menjadi kelompok yang tidak terlindungi.

Tak semua perusahaan mengikutsertakan mereka dalam jaminan sosial tenaga kerja dan banyak kelas menengah yang bekerja secara mandiri tanpa menjadi karyawan perusahaan. Jika mereka jatuh sakit parah, maka mereka bisa terperosok menjadi orang miskin tanpa tercatat dalam statistik. Pembiayaan kesehatan mereka tak ditanggung pemerintah.

JKN menjadi solusi bagi mereka. Apalagi, menurut Ismail, “Biaya tindakan medis tak dibatasi plafon dan sampai sembuh.”

Tidak ada yang berharap akan jatuh sakit. Namun, asuransi

seperti JKN adalah pepatah purba 'sedia payung sebelum hujan'. Tak ada yang tahu apa yang akan menimpa seseorang pada masa mendatang. "Kalau pun saya tidak sakit dan tak menggunakannya, anggap saja saya sedang bersedekah untuk membantu orang lain," kata Narto, salah satu warga Jember.

Pepatah tua itu akhirnya menembus semua prasangka.

BANYUWANGI

PEKERJA DI BONDOWOSO HARUS RELA TAK DIDAFTARKAN KE BPJS KETENAGAKERJAAN¹

FRISKA KALIA

Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) yang berubah menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan, per 1 Januari lalu, belum membawa angin segar bagi para pekerja di Bondowoso, Jawa Timur.

Kondisi memprihatinkan terlihat dirumah Zainur Rofiki (21) salah satu pekerja di pabrik pembuatan tripleks di Bondowoso. Rumah yang tidak begitu luas ini dihuni oleh Rofik dan 4 orang anggota keluarganya. Terlihat, hampir tidak ada barang mewah di dalam rumah. Hanya beberapa kursi, lemari, dan sebuah televisi yang terletak menjadi satu di ruang tamu.

Rofik, adalah salah satu pekerja di Bondowoso yang belum terdaftar dalam BPJS Ketenagakerjaan. Saat berkunjung ke kediaman Rofik, di Jalan Perikanan Darat No 17, Kecamatan Tenggarang Bondowoso, KBR68H melihat kondisi Rofik tidak

1 Naskah sudah pernah dipublikasikan di *Portal KBR*, Juli 2014.

begitu baik, terlihat tangannya dililit perban, yang menandakan bahwa rofik mengalami cedera serius pada tangannya.

Dengan menahan sakit Rofik ditemani ibunya Rukmini bercerita bahwa luka ditangannya akibat kecelakaan lalu lintas yang terjadi beberapa hari lalu. Akibat kecelakaan tersebut, Rofik terpaksa tidak bisa masuk kerja seperti hari biasa. “Iya ini musibah, kemarin kecelakaan, tangan saya patah, jadi ndak bisa masuk kerja,” kata Rafik kepada KBR68H. Sejak satu setengah tahun belakangan, Rofik bekerja di sebuah pabrik pembuatan triplek di Jalan Situbondo, Desa Tangsil Kulon Kecamatan Wonosari.

Pekerjaan yang dilakoninya terbilang cukup beresiko karena berurusan dengan mesin-mesin pemotong. “Setiap hari pasti ada yang luka, memang hanya luka kecil, tapi kalau tidak hati-hati bisa berbahaya, tergantung kita saja yang harus selalu waspada,” katanya.

Ketika disinggung apakah pihak perusahaan telah mendaftarkan dirinya ke BPJS Ketenagakerjaan, Rofik mengaku belum pernah ditanya mengenai hal tersebut. Meski Rofik mengetahui tentang program tersebut, namun dirinya enggan bertanya kepada pemilik perusahaan.

Bahkan, saat mengalami kecelakaan lalu lintas, Rofik mengaku tidak mendapatkan bantuan apapun dari perusahaan untuk pengobatan. “Saya nggak berani bertanya, dikasih kerja saja sudah cukup, kalau minta lain-lain takut dipecat,” kata Rafik, sambil sesekali memijat tangannya yang patah.

Lain pula yang dialami Soemardji, salah satu pekerja di perusahaan pembuatan produk alumunium di Bondowoso ini mengaku, tidak mengetahui bahwa ada program BPJS Ketenagakerjaan. “Itu program apa? Saya belum pernah diberi tahu diperusahaan kalau ada program-program baru seperti

itu, saya sih kerja saja, cari uang makan untuk anak istri," kata.

Soemardji saat disambangi KBR68H di tempat kerjanya di Jl. Imam Bonjol Bondowoso, Selasa (25/03). Menurut Soemardji, selama bekerja hampir 9 tahun dia belum pernah mendapatkan jaminan sosial dari perusahaan tempatnya bekerja.

Warga yang tinggal di Jl. Teuku Umar, Kelurahan Dabasah ini mengaku, selama ini tidak ada sosialisasi atau penyuluhan tentang hak pekerja untuk mendapatkan jaminan sosial itu. "Nggak ada yang pernah datang ke sini, apalagi memberi bantuan, datang saja tidak ada, seingat saya, selama kerja di sini ya terimanya hanya gaji saja," katanya.

Soemardji bercerita, satu tahun lalu pernah mengalami kecelakaan kerja, tangannya hampir saja putus terkena potongan kaca besar. Namun saat itu, pihak perusahaan hanya membantu biaya pengobatan awal.

Untuk pengobatan selanjutnya, keluarga Soemardji berusaha mencari sendiri. "Semoga kecelakaan kerja seperti dulu itu tidak terjadi lagi kepada semua pekerja disini, kalau berobat biayanya mahal, kasian mereka kan gajinya juga sudah untuk biaya hidup," lirik Soemardji.

Sementara itu, Chandra, salah seorang penanggung jawab Pabrik Rokok Sampoerna yang beroperasi di Bondowoso mengatakan, pihaknya secara rutin telah mendaftarkan tenaga kerja ke Jamsostek yang saat ini berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan.

Namun memang hanya karyawan tertentu saja yang didaftarkan, untuk karyawan baru tidak ada kuota dari perusahaan. "Perusahaan sudah menjalankan kewajibannya, hanya memang tidak semua, hanya karyawan tetap saja, kebanyakan buruh di sini kan pekerja harian lepas," kata Chandra.

Hal senada diungkapkan Gunawan Gondho Wodjoyo, pemilik perusahaan mebel ternama di Bondowoso. Gondho secara gamblang mengakui memang tidak mendaftarkan tenaga kerjanya ke BPJS Ketenagakerjaan.

Menurut Gunawan, tidak semua pekerjanya juga bersedia dipotong upahnya untuk disetorkan sebagai premi dalam program BPJS Ketenagakerjaan. "Saya memang tidak mendaftarkan pekerja ke program jaminan sosial manapun, ya kita pakai sistem kekeluargaan sajalah, nanti kalau ada dari mereka (pekerja) yang butuh bantuan, pasti kita bantu, lagi pula ada dari mereka yang menolak juga," kata Gunawan kepada KBR68H.

Kurang Sosialisasi Sementara itu, Dinas Tenaga Kerja Dan Transmigrasi Kabupaten Bondowoso mengungkap data bahwa dari 400 lebih perusahaan di Bondowoso, baru 30 persen saja yang telah mendaftarkan pekerjanya pada program BPJS Ketenagakerjaan.

Abdurahman, Kepala Disnaker Bondowoso mengakui, banyak perusahaan yang menganggap program ini sebagai beban. Padahal, dalam UU BPJS Tahun 2011 pasal 15 menyatakan, Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjaannya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti.

"Masih banyak perusahaan kita yang menganggap ini sebagai beban, padahal ini merupakan kewajiban perusahaan untuk mendaftarkan pekerja dan juga hak pekerja untuk didaftarkan perusahaan," kata Abdurahman kepada KBR68H.

Minimnya sosialisasi kepada perusahaan dan pekerja, kata Abdurahman, juga menjadi salah satu kendala banyaknya perusahaan yang belum mendaftarkan pekerjanya ke BPJS

Ketenagakerjaan. “Yang pasti, kami telah berupaya untuk mensosialisasikan seputar BPJS Ketenagakerjaan ini, hanya saja, memang sosialisasinya masih kurang,” imbuhnya.

Sementara itu, Natra Lesmana, dari BPJS Ketenagakerjaan Jember yang menangani wilayah Bondowoso mengatakan, sampai saat ini BPJS Ketenagakerjaan memang belum melakukan sosialisasi di Bondowoso. Bahkan, sampai saat ini tidak ada satupun perusahaan di Bondowoso yang datang untuk mendaftarkan pekerjanya.

“Saya sedang koordinasi dengan pihak Disnaker Bondowoso, hanya saja memang belum ada waktu yang pas untuk sosialisasi, jadi memang untuk Bondowoso sampai saat ini belum,” kata Natra kepada KBR68H. Menurut Natra, saat ini pekerja Bondowoso yang terdaftar di BPJS Ketenagakerjaan adalah mereka yang sebelumnya telah masuk sebagai peserta Jamsostek.

Sementara untuk pendaftar baru, sampai saat ini pihaknya mencatat hanya dua perusahaan saja yang mendaftarkan diantaranya RS. Mitra Medika dan Akademi Keperawatan Bondowoso. Program BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan empat program diantaranya Program Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun (1 juli 2015) dan Jaminan Kematian.

GORONTALO

MENAKAR KEADILAN INFORMASI BAGI PASIEN¹

DEBBY HARIYANTI MANO

Langkah Hadijah tertatih keluar dari ruang dokter umum malam itu. Wanita berusia 60 tahun tersebut kemudian berusaha menyodorkan secarik resep dari balik punggung sejumlah orang yang turut mengantre di apotik.

Sekitar 20 menit menunggu, namanya dipanggil. Seorang apoteker menyebut angka Rp250 ribu untuk obat yang akan ditebusnya. Kening wanita itu mengkerut, ia kaget dan bingung. “Saya hanya bawa uang seratus ribu untuk obat. Orang apotik menawarkan tebus separuh dari yang diresepkan, tetap saja uangnya tak cukup,” ungkap ibu tiga anak itu.

Ia akhirnya memilih pulang dengan tangan kosong. Tanpa obat, tanpa penjelasan dokter, tanpa tahu kapan akan sembuh dari demam dan sakit kepala yang dideritanya dalam empat hari terakhir.

Kondisi yang dialaminya pun dialami ratusan bahkan ribuan pasien lain di Gorontalo. Hadijah yang sehari-harinya bekerja sebagai pedagang kecil itu tidak tahu ada hak-haknya

¹ Tulisan sudah pernah dipublikasikan di *Antara.com*, 28 Juni 2014

yang tidak terpenuhi baik oleh dokter maupun apoteker.

“Pasien tidak boleh pasrah. Dalam hukum kesehatan, banyak regulasi yang melindungi hak pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak,” kata pakar hukum Arie Duke Widagdo di Gorontalo, Sabtu.

Menurut dosen hukum kesehatan itu, sederet regulasi yang dimaksud di antaranya Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, UU Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, hingga UU Perlindungan Konsumen.

Belum lagi peraturan lain yang tertuang dalam Surat Edaran Direktorat Jendral Pelayanan Medis Depkes RI No YM.02.04.3.5.2504 tentang Pedoman Hak dan Kewajiban Pasien, Dokter dan RS, serta Deklarasi Muktamar IDI mengenai Hak dan Kewajiban Pasien dan Dokter.

Duke mencontohkan dalam UU Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, pada pasal 4-8 setiap orang berhak atas kesehatan, akses atas sumber daya, pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau, menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan, lingkungan yang sehat, info dan edukasi kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab, serta informasi tentang data kesehatan dirinya.

“Itu baru satu regulasi saja, masih banyak peraturan lain yang memperkuat kedudukan pasien. Memang biasanya posisi tawar pasien lemah. Tapi pada setiap tindakan medik berlaku adanya *informed consent* dalam hubungan antara pasien dan dokter,” ungkapnya.

Ia menjelaskan dalam kasus pemberian resep obat misalnya, dokter wajib memberikan penjelasan menyeluruh atau minimal mengenai tujuan pengobatan, jenis, dosis, cara meminum hingga efek samping obat yang diresepkan.

Di sisi lain, pasien juga berhak menolak obat yang diberikan bila merasa tidak cocok baik dari segi efektifitas obat maupun harganya. Persetujuan pasien terhadap setiap tindakan medik tersebut yang dimaksud dengan *Informed Consent*.

Tanpa persetujuan itu, karir dokter dan tenaga medis dipertaruhkan. Tak hanya dalam regulasi khusus di bidang kesehatan, dokter atau pusat pelayanan kesehatan yang melanggar bisa diseret pada sanksi pidana, perdata hingga PTUN.

“Jadi tak ada alasan pasien takut bertanya. Tanya sebanyak-banyaknya, jika masih ragu bisa menolak. Dokter juga seharusnya membangun pola komunikasi yang baik dengan pasien. Jangan sampai karena pasien menumpuk, dokter terburu-buru bahkan tidak berempati dengan pasien di depannya,” tukas Duke.

MEMAHAMI OBAT

Dalam dunia medis, obat yang diresepkan terdiri atas dua jenis yakni obat generik dan obat paten. Kepala Instalasi Farmasi RSUD Toto Bone Bolango, Arie Albiady mengungkapkan bahwa pada dasarnya kedua jenis obat memiliki kandungan dan khasiat yang sama.

Hanya saja obat paten harganya jauh lebih mahal, karena memiliki hak paten dan biaya promosi yang besar. Penamaan obat atau merk dagangnya pun berbeda. Contohnya obat Asam Mefenamat adalah obat generik dan Mefinal adalah versi obat paten produksi Sanbe.

Meskipun demikian, bukan berarti kualitas obat generik lebih buruk. Generik dibanderol dengan harga yang sangat terjangkau, karena umumnya tidak dikenakan pajak, disubsidi pemerintah dan tidak memerlukan biaya pemasaran produk

yang besar.

Dalam banyak kasus, ia mengakui sebagian dokter menuliskan resep obat paten. Penyebabnya bisa jadi karena dokter yang menentukan sendiri obat itu, atau pasien sendiri yang memaksa diresepkan obat paten. Di titik tersebut, masyarakat harus mengubah sudut pandangnya bahwa obat mahal lebih manjur.

“Setelah menerima resep dan menebusnya di apotik, pasien berhak bertanya pada apoteker apa saja mengenai obat itu dan bisa minta ganti dengan obat generik,” jelasnya.

Hal itu diatur dalam pasal 24 Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian, yang menyatakan apoteker dapat mengganti obat merek dagang dengan obat generik yang sama komponen aktifnya atau obat merek dagang lain atas persetujuan dokter dan/atau pasien.

Selama menjadi apoteker, Arie tak jarang meminta dokter mengganti resepnya, bila ada pasien mengeluhkan mahalnya harga obat. Terlebih lagi dengan berlakunya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), seluruh obat-obatan yang digunakan sudah diatur dalam Formularium Nasional (Fornas).

“Dengan sistem BPJS, pemerintah telah menunjuk Pedagang Besar Farmasi yang menang lelang untuk memproduksi obat-obatan yang ada dalam Fornas. Pasien mendapatkan obatnya secara gratis bila berobat ke rumah sakit maupun pusat pelayanan kesehatan yang telah bekerjasama dengan BPJS,” tambahnya. Sistem tersebut, dinilainya mampu melindungi pasien dari praktik bisnis obat paten yang merugikan pasien.

Menanggapi persoalan obat mahal, dokter pemilik sebuah klinik di Kabupaten Gorontalo, Chandra Lasimpala mengaku

lebih nyaman meresepkan obat generik kepada pasiennya. “Kalau obat kemahalan, saya yakin sakit akan tambah parah karena stress uangnya habis. Padahal kesembuhan pasien tidak hanya dari aspek pengobatan fisik saja, melainkan juga menjaga kondisi jiwanya,” ungkap mantan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo itu.

GORONTALO

KALAU SAKIT, TAK ADA JAMINAN NEGARA BAGI ORANG BAJO TOROSIAJE¹

RIVOL PAINO

Sudah empat tahun ini, Masni Mahaseng duduk di kursi roda, hampir sekujur tubuhnya tak bisa digerakkan. Padahal usianya baru 38 tahun. Dia sudah pergi berobat ke mana-mana, tapi tak kunjung sembuh. Oleh dokter, dia diduga kekurangan darah dan kolesterol. Obat pemberian dokter seperti jadi koleksi dalam tasnya, saat ditemui di rumahnya, dia bilang “saya tak mau minum obat lagi”.

Demi kesembuhan istrinya itu, Chong Aburahman rela berkorban mengeluarkan harta untuk kesembuhan istrinya. Ke Palu, Gorontalo, rumah sakit di dua daerah itu sudah pernah ia kunjungi. Chong mengaku mengeluarkan puluhan juta untuk pengobatan, kalung emas dan harta berharga lainnya sudah dijual, demi kesehatan Masni Mahaseng.

“Kalau punya uang, sampai dimana pun saya akan bawa istri saya, tapi apa daya sudah tak punya uang lagi” kata Chong. Raut wajahnya berusaha menyembunyikan kesedihan. Ketika berobat, istrinya pernah menggunakan kartu Jaminan

1 *) Tulisan sudah pernah dipublikasikan di *Degorontalo.co* 28 Juni 2014

Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), tapi selama itu juga dia tidak pernah ditanyakan dokter atau dari pihak rumah sakit pemerintah yang menjalankan program tersebut.

“Kami pernah menggunakan Jamkesda atau Jamkesmas tapi tidak dilayani, kalau dengan uang mereka cepat tanggap dan macam-macam obat dengan tulisan huruf Cina yang diberikan kepada saya,” kata Masni.

Sebagai nelayan, sudah empat tahun Chong tak turun melaut, penuh kesabaran dia menanggung hidup keluarganya. Anaknya yang kuliah di Kota Gorontalo juga membutuhkan biaya demi mengejar pendidikan di perguruan tinggi. Jika hari minggu tiba, lelaki separuh baya itu mencari ikan, dikirim untuk kedua anaknya yang kuliah. Dia hanya dapat uang di saat mengerjakan perahu pesanan orang atau mengukir atau membuat perabot rumah dari bahan kayu.

Chong bilang, “Untung ada keluarga (kakak) yang mengerti keadaan, memberi modal untuk kami membuka warung. Di waktu Istri saya sehat, Dia menjual nasi kuning, kini lumpuh tak punya kekuatan untuk bergerak.”

Anak bungsunya yang duduk di bangku Sekolah Menengah Pertama (SMP) sangat membantu Chong. Anaknya nyaris selalu cepat pulang dari sekolah, bergegas lebih dulu dari teman-temannya. Tiba di rumah merawat, memandikan, dan menjaga ibunya.

Di Torosiaje Laut tiang-tiang rumah berdiri kokoh di atas laut Teluk Tomini, sebagai suku Bajo, di sanalah Chong tinggal bersama keluarga. Tepatnya di Kecamatan Popayato, Kabupaten Pohuwato perbatasan Gorontalo dan Sulawesi Tengah.

Torosiaje adalah desa di atas laut dihuni oleh penduduk 1.357 jiwa, penduduk usia kerja sebagai nelayan 24,1 persen

nelayan yang mayoritas 99 persen suku Bajo.

Bajo dikenal sebagai suku pengembara laut, hidup di Torosiaje sejak tahun 1901 yang pada awalnya sekumpulan pengembara yang tinggal di atas perahu atau Soppe, tulis Antropolog Francis, Francois-Robert Zacot dalam bukunya *Peuple nomade de la mer: Les Badjos d'Indonesie* (Orang Bajo, Suku Pengembara Laut).

Masni adalah gambaran dari orang Bajo kurang mampu yang tak dilayani dengan semestinya. Saat ini di Torosiaje ada sebuah puskesmas pembantu (Pustu) dengan kondisi yang sangat memprihatinkan. Kepala desa Torosiaje, Jakson Sompah mengakui bahwa pelayanan kesehatan di Torosiaje sebenarnya masih kekurangan tenaga medis, bahkan dia mengeluh dengan fasilitas puskesmas pembantu yang kurang diperhatikan oleh Dinas Kesehatan atau pemerintah daerah.

“Pustu ini sudah 10 tahun berdiri, pelayanan di sini sudah bagus tenaga medis sangat ramah. Tapi banyak tenaga medis datang bergantian, tak betah tinggal di Pustu. Tiang-tiang rumah saja mulai rapuh tempat air saja tidak ada,”

Jakson sangat berharap bahwa instansi terkait seharusnya memprihatinkan desa Torosiaje yang jauh sekitar 8 jam dari kota Gorontalo, belum lagi desa tersebut dijadikan sebagai desa wisata yang menjadi icon Gorontalo, khususnya kabupaten Pohuwato.

“Masyarakat banyak mengeluh bahwa seharusnya pusat kesehatan di desa ini terlihat bersih, dinding-dindingnya saja kotor” kata Jakson.

Faryd F R Nango, tenaga medis yang dikontrak untuk penugasan khusus di Torosiaje, mengaku kewalahan melayani masyarakat yang masih bersyukur dibantu seorang perawat. “Pernah masyarakat datang berobat, ketika minta diinfus,

gantungan infus tak ada, bahkan timbangan bayi saja tidak ada,” ujar Faryd yang sudah mengabdikan diri di Torosiaje sejak 2011 itu.”

Dia mengaku sudah pernah memberitahukan kondisi ini kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pohuwato, malahan berulang-ulang kali.

Dia memberitahukan tentang minimnya fasilitas dan obat-obatan. Keluhan itu hingga sekarang tak pernah direalisasikan. “Obatnya tidak sampai sepuluh dos dalam sebulan, tidak cukup dengan jumlah penduduk 1.357 jiwa. Satu macam obat hanya satu dos dengan isinya 100 lebih. Saya harus menggunakan gaji saya untuk beli obat yang dibutuhkan masyarakat” ucap Faryd.

Faryd mengatakan Pustu menjadi sebuah tempat pelayanan khusus, dia juga dikontrak, ditugaskan sebagai perawat khusus untuk masyarakat Torosiaje namun sangat tidak diperhatikan, padahal wisatawan mancanegara dan lokal acapkali berkunjung ke Torosiaje, seiring dengan promosi pemerintah daerah yang menjadikan desa terapung itu sebagai destinasi wisata.

Pun tak jarang, dia terpaksa menggunakan lilin untuk penerangan jika ada warga datang berobat. Dia akan merasa sangat terbantu jika aparat desa menyalakan lampu untuk penerangan Kantor Desa yang menghubungkan listrik dengan puskesmas pembantu. Kondisi ini bukan hanya terjadi di Torosiaje, tetapi juga di ibu kota kecamatan.

“Kita juga di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Kecamatan Popayato kekurangan obat-obatan, kami juga sudah mempertanyakan distribusi obat namun masih ada keterlambatan dan kendala saat kami beritahukan di dinas kesehatan” kata Kepala Puskesmas Popayato, Roy Abas.

Roy Abas mengungkapkan, bahwa ada beberapa obat yang nyaris selalu kosong, kebanyakan yang diprioritaskan adalah obat untuk penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (Ispra). Namun obat antibiotik senantiasa kurang.

Tidak hanya itu pihak puskesmas pun mengalami kendala dengan dana terkait pelayanan kesehatan, serta jaminan kesehatan karena saat melakukan sosialisasi mengenai Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) hanya melalui aparat desa dan kecamatan.

“Masyarakat masih banyak yang tidak tahu dengan BPJS hanya mendengar dari mulut ke mulut, bahkan kami di Puskesmas masih kurang memahami BPJS, kami kekurangan dana untuk mensosialisasikannya” tutur Roy.

Bulan Januari sampai April, banyak kendala menurut Roy dengan masih banyak yang tidak punya KTP (Kartu Tanda Penduduk) dan KK (Kartu Keluarga) saat warga yang tidak mampu didaftarkan di BPJS. Di bulan April baru-baru ini, misalnya tujuh orang pasien dipulangkan oleh BPJS sehingga pihak Puskesmas membayar pengobatan pasien ketika dirujuk ke rumah sakit Pohuwato atau di kota Gorontalo.

“Kami yang bayar pengobatan karena kami juga belum mengerti tentang BPJS, waktu itu kami hanya menggunakan kartu domisili terpaksa kami menggunakan dana lainnya untuk membayar pasien,” kata Roy.

Senada dengan Faryd sebagai tenaga medis yang dikontrak, Dia mengaku kewalahan mengurus banyak pasien, “Sedangkan saya bukan peserta BPJS. Bagaimana kalau saya sakit?” Dia mengeluh saat diwawancarai degorontalo

Ipin salah satu aparat desa Torosiaje Jaya, juga mengatakan sosialisasi BPJS memang tidak pernah dilakukan langsung pihak BPJS. Saat ini mereka punya seperti kartu keterangan

yang hanya untuk satu keluarga bukan untuk kartu kepesertaan atau individu yang sudah terdaftar. “Walaupun warga memiliki surat keterangan seperti itu tapi apa gunanya jika tidak memahami apa itu BPJS,” ujar Ipin.

Torosiaje Jaya adalah desa pemekaran dari Torosiaje, masyarakat setempat menyebutnya Torosiaje darat yang menjadi pintu masuk ke desa wisata Torosiaje. Di Torosiaje Jaya Pusat Kesehatan Desa (Puskesmas) juga tidak beraktifitas karena krisis air di Torosiaje Jaya maupun Torosiaje Laut.

Kepala Bidang Jaminan Sosial Dinas Kesehatan Pohuwato, Fidi Mustafa juga berkata terkait dengan sosialisasi tentang BPJS memang masih kurang, sama kurangnya dengan obat-obatan dan fasilitas pelayanan kesehatan. “Itu di usulkan ke pusat karena pemerintah daerah tidak mampu juga,” ucapnya.

JAMBI

LAYANAN PRIMER SIAP SAMBUT JKN¹

SUCI RAHAYU PRAYOGI KRISTIANI

Jelang peluncuran Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), khususnya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh pemerintah pusat pada 1 Januari 2014, layanan kesehatan primer Kota Jambi siap menyambut sistem ini.

Dikatakan Kepala Puskesmas Simpang Kawat, dr Raoda, persiapan baik fasilitas maupun tenaga medis di puskesmas ini, sudah memadai untuk melayani masyarakat dari 4 kelurahan di Kecamatan Jelutung.

“Kami selaku layanan primer, siap menyambut sistem JKN ini. Di puskesmas ini tercatat ada empat dokter yang terdiri dari 3 orang dokter umum dan satu orang dokter gigi, serta 31 orang tenaga medis maupun paramedis,” katanya, Selasa (17/12).

Untuk tenaga medis dan dokter, lanjutnya masih bisa meng-handle pelayanan kepada masyarakat. Namun untuk tenaga administrasi, diakuinya mengalami kekurangan. “Tenaga administrasi dan keuangan saat ini kami hanya memiliki tiga orang saja, dan beberapa orang harus merangkap

¹ Tulisan sudah dipublikasikan di *Tribun Jambi*, Januari 2014.

tugas," jelasnya.

Puskesmas yang memberikan layanan rawat jalan ini, membuka jam pelayanannya seperti pada waktu-waktu biasanya, yaitu buka pukul 08.00 hingga pukul 13.00. "Selama ini puskesmas sudah terbiasa melayani pasien Jamkesda, Jamkesmas dan Askes, dan sistem JKN yang akan diberlakukan nanti merupakan leburan dari sistem-sistem jaminan kesehatan yang sudah ada, untuk itu kami tidak akan merasa kesulitan dengan sistem baru ini," ujarnya.

Selain puskesmas sebagai pemberi layanan primer, sebenarnya ada dokter keluarga maupun klinik, namun dirasa puskesmaslah yang akan kebanjiran pasien. "Jika sebelumnya pensiunan PNS ataupun polri bisa langsung berobat ke rumah sakit, dengan sistem JKN ini mereka diwajibkan untuk ke puskesmas dahulu sebagai layanan primer," lanjutnya.

Sementara untuk ketersediaan obat-obatan dan peralatan, diakui Raoda sudah dilakukan pendataan alat yang dirasa dibutuhkan. "Obat akan didrop dari Kemenkes, sementara untuk alat, kami sudah melakukan pendataan yang kurang," lanjutnya.

Namun, tambahnya sosialisasi tentang alur pemberian rujukan kepada masyarakat masih minim. "Terlait alur pemberian rujukan, masyarakat harus mengetahui secara pasti. Karena dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan ada 45 item diagnosa yang bisa dilayani oleh layanan primer," jelasnya.

Pemberian pemahaman yang cukup terkait alur pemberian rujukan kepada masyarakat, sangat dibutuhkan karena tak jarang masyarakat yang memaksa dokter ataupun perawat untuk memberikan rujukan pengobatan ke layanan yang lebih tinggi.

Hal senada juga dikatakan Bagian Promkes Puskesmas Rawat Inap Pakuan Baru, Gultom. Puskesmas sudah siap dengan SJSN, baik tenaga medis maupun fasilitas. “Sambil berjalan akan diketahui kekurangan-kekurangannya, baik tenaga medis maupun fasilitas, sehingga dari dinas terkait bisa melakukan evaluasi untuk melakukan langkah perbaikan,” katanya.

Terpisah Kepala Dinas Kesehatan Kota Jambi, Polisman Sitanggang mengatakan untuk layanan primer sudah siap menyambut JKN tahun depan. “Saat ini ada 20 puskesmas rawat jalan dan rawat inap di Kota Jambi, ditambah lagi 23 Puskesmas Pembantu (Pustu) dan semua siap menyambut JKN,” katanya.

Sementara untuk untuk fasilitas, diakuinya juga sudah memadai. “Terkait masalah rujukan, memang perlu diberikan pemahaman kepada masyarakat, jika ada penyakit-penyakit yang bisa ditangani oleh puskesmas, dan tidak memerlukan rujukan ke rumah sakit,” jelasnya.

Sosialisasi terkait alur rujukan, agaknya sangat perlu dilakukan. sehingga kepercayaan masyarakat kepada puskesmas bisa semakin tinggi dan puskesmas bisa memberikan pelayanan yang memadai.

Akan Ada Penambahan Layanan Primer

Peningkatan dan penambahan layanan primer sudah menjadi target Pemerintah Kota Jambi di tahun 2014. Dikatakan Walikota Jambi, Sy

Fasha ditargetkan tahun 2014 akan ada 5 puskesmas induk yang akan melayani masyarakat 24 jam.

“Target kami, tahun 2014 akan ada 5 puskesmas yang melayani masyarakat selama 24 jam,” katanya beberapa waktu lalu.

Sementara untuk SDM, Pemkot menyekolahkan tenaga-tenaga dokter yang ada, untuk mengambil program spesialis. “Selain program sekolah dokter spesialis, kami juga berupaya merekrut dokter-dokter baru,” lanjutnya.

Selain itu, Pemkot juga menyiapkan anggaran untuk masyarakat yang belum tercover oleh JKN tahun mendatang. “Karena tidak semua masyarakat bisa tercover oleh program JKN, maka kami sudah menganggarkan untuk mereka yang tidak tercover program ini,” tutupnya.

JAMBI

NASIB ORANG RIMBA DALAM BPJS¹

KRISTIAWAN

Kehadiran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, tentu harapannya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kemudahan mengakses sarana kesehatan publik dengan adanya jaminan sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, membawa harapan baru dalam berkehidupan, terutama bagi masyarakat miskin. Masyarakat miskin disebutkan dalam kebijakan ini akan menjadi tanggungan pemerintah untuk pembayaran jaminannya. Artinya orang miskin pun berhak untuk sakit dan dilayani dengan fasilitas yang diberikan negara. Namun, sayangnya dalam tahap implementasi, masyarakat miskin dan apalagi yang juga termasuk masyarakat asli marginal seperti Orang Rimba, Bathin Sembilan, Talang Mamak, suku laut dan suku-suku asli marginal lainnya merupakan kelompok yang paling sulit untuk menjangkau layanan BPJS.

Penjaminan kesehatan bagi suku asli marginal ini belum sepenuhnya menjadi fokus utama penyelenggara dan instansi

¹ Tulisan sudah dipublikasikan di *Alam Sumatera KKI Warsi*, Januari 2014.

terkait. Masyarakat asli marginal yang merupakan kelompok masyarakat miskin, harusnya dalam program ini tercatat sebagai penerima bantuan iuran untuk bisa ikut serta dalam program ini. Hanya saja hingga kini belum ada kejelasan bagaimana suku asli marginal ini akan diikutkan sebagai peserta jaminan sosial ini.

Sistem jaminan yang menjadikan sistem administrasi kependudukan sebagai dasar keikutsertaan tentu merumitkan kelompok masyarakat adat, karena sistem yang dibangun berdasar nama dan alamat dengan legalisasi pemerintah terkait. Persoalannya sebagian besar masyarakat adat marginal belum teradministrasi dengan baik, sehingga ini menjadi kendala utama untuk penjangkauan mereka terhadap layanan-layanan program untuk kelompok masyarakat miskin.

Dari penelusuran kami ke sejumlah kabupaten yang didiami oleh suku asli marginal ini, belum ada yang secara pasti menyatakan keberpihakan mereka untuk melibatkan suku asli marginal.

“Kabupaten Merangin akan melakukan pendataan peserta BPJS dimulai pada bulan Februari, terkait dengan Orang Rimba yang masih berpindah-pindah ini masih merepotkan dalam pendataan,” kata Mustamin, seksi Jaminan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Merangin, memberi alasan pengadministrasian Orang Rimba yang mendiami wilayah ini.

Meski ia menyatakan Merangin siap dengan perubahan sistem jaminan kesehatan yang sebelumnya mengakomodir masyarakat miskin dalam program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang kemudian bertransformasi menjadi BPJS yang katanya dikelola dengan lebih baik. Padahal sewaktu program layanan kesehatan orang miskin masih diakomodir oleh Jamkesda, komunitas Orang Rimba relatif terlayani di

pusat layanan kesehatan publik, dengan adanya jaminan dari pemerintah daerah yang mewajibkan rumah sakit daerah melayani Orang Rimba, meskipun mereka tidak memiliki kartu Jamkesda. Namun, perubahan yang terjadi nyatanya malahan menjadikan Orang Rimba semakin sulit menjangkau layanan kesehatan publik yang dijamin oleh pemerintah.

Pun di Kabupaten Sarolangun yang juga salah satu konsentrasi populasi Orang Rimba, belum didapatkan kejelasan tentang nasib Orang Rimba dalam program jaminan kesehatan ini. Di Kabupaten ini, dulunya juga sudah ada Nota Kesepahaman antara Pemda dan WARSI yang isinya bahwa Orang Rimba bisa berobat di fasilitas layanan kesehatan publik, meski tanpa kartu Jamkesda. Namun, kini ketika beralih ke BPJS, kesepahaman ini gugur dengan sendirinya.

Bahkan dari informasi yang di dapat dari Dinas Sosial Tenaga Kerja Transmigrasi Sarolangun yang selama ini bertugas melakukan pembinaan ke Orang Rimba, belum mendapatkan informasi untuk pelibatan Orang Rimba dalam program ini.

“Kami belum mendapatkan informasi dan sosialisasi tentang SJSN dan BPJS ini, mungkin bidang Bantuan Sosial mengetahui secara jelas informasi tersebut,” kata Darisal Kepala Bidang Pembinaan dan Kesejahteraan Sosial.

Menurut informasi yang didapatkan dari Kepala Dinas Kesehatan Sarolangun, Adnan, saat ini terdapat 532 jiwa Orang Rimba yang telah mendapatkan Kartu Jamkesmas. Namun, dalam kepesertaan BPJS ini ada kemungkinan perubahan data dari Kabupaten Sarolangun dan ada kemungkinan penambahan atau pengurangan peserta dari Orang Rimba. Penambahan dan pengurangan ini sangat tergantung dari kemampuan daerah menanggung peserta penerima bantuan

iuran (PBI). Dan ini juga berlaku untuk masyarakat umum, tidak hanya bagi Orang Rimba saja.

Adnan juga menyampaikan sampai saat ini jumlah populasi, sebaran, dan administrasi Orang Rimba masih belum sama antarinstansi. Hal ini ke depan akan menyulitkan bagi pemerintah untuk serius melakukan pembinaan ke Orang Rimba. Sebagai instansi kesehatan untuk persiapan pelaksanaan BPJS telah dilakukan pelatihan baik ke tenaga kesehatan (bidan, perawat dan dokter) tentang petunjuk teknis pelaksanaan BPJS.

Dari pantauan yang dilakukan terlihat proses sosialisasi SJSN dan BPJS masih belum maksimal dilakukan dan belum menyentuh lapisan masyarakat paling bawah, salah satunya komunitas Orang Rimba. PT Askes yang sudah bertransformasi menjadi BPJS memang telah melakukan rangkaian sosialisasi, tetapi masih pada tataran pejabat dan instansi terkait saja.

“Sosialisasi BPJS telah kami lakukan bersama dengan beberapa dinas terkait, sedangkan proses kerja sama PT Askes atau BPJS selanjutnya kami berkoordinasi dengan dinas kesehatan melalui bagian pelayanan kesehatan” sebut drg. Timbang Pamungkas dari perwakilan PT Askes Kabupaten Sarolangun.

Mengenai peserta Jaminan Kesehatan yang mendapatkan PBI (Penerima Bantuan Iuran) BPJS masih menunggu usulan dari Dinkes Sarolangun. Ada sejumlah persoalan Orang Rimba belum masuk, diantaranya masih ada persoalan di rumah sakit mengenai klaim jaminan untuk Orang Rimba yang ada di Sarolangun, selain juga masalah pengadministrasian masyarakat yang tinggal di dalam hutan ini.

Bahkan termasuk untuk Orang Rimba yang telah bermukim atau terinteraksi dengan desa, seperti sejumlah pemukiman

Orang Rimba di Kecamatan Air Hitam Sarolangun, tidak semua Orang Rimba masuk ke dalam peserta PBI. Hal ini disebabkan kuota untuk kecamatan sudah terpenuhi dari peserta Jamkesmas dan Jamkesda tahun 2012 yang didominasi oleh masyarakat desa. Orang Rimba yang mendapatkan PBI hanya mereka yang selama ini telah melakukan perawatan di puskesmas dan rumah sakit atau memang sudah memegang kartu Jamkesmas.

Meski nasib Orang Rimba belum juga jelas di BPJS, namun ada juga sejumlah kebijakan yang dilakukan oleh layanan kesehatan publik yang selama ini dekat dengan Orang Rimba. Salah satunya Puskesmas Pauh Sarolangun. Puskesmas yang dipimpin dr Lia ini, sudah cukup dekat dengan Orang Rimba kelompok Terap dan sejak beberapa tahun belakangan sudah melakukan kegiatan kunjungan lapangan dengan puskesmas keliling pada Orang Rimba.

“Kegiatan Pusling tetap kami lakukan dengan kegiatan penyuluhan kesehatan dan pengobatan dasar, akan tetapi jika melakukan perawatan rawat inap maupun rujukan kita akan mengacu pada Program BPJS ini,”kata dr Lia. Namun sayangnya, dr Lia juga tidak bisa menjaminkan Orang Rimba akan tercatat dalam waktu dekat sebagai peserta yang dijaminkan oleh pemerintah.

Pun demikian dengan Puskesmas Kecamatan Bathin XXIV Batanghari. Belakangan Puskesmas yang dipimpin dr Taqwin ini juga *aware* dengan kehadiran Orang Rimba, meski mereka tidak mengantongi kartu BPJS ataupun Jamkesmas.

Dipihak lain, KKI WARSI, Lembaga Swadaya Masyarakat yang selama ini sudah fokus pada pendampingan Orang Rimba menyayangkan dengan belum adanya kejelasan nasib Orang Rimba di BPJS ini.

“Kejadian ini sungguh disayangkan. Orang Rimba merupakan kelompok masyarakat yang sangat rentan dengan berbagai penyakit yang belakangan semakin sering membutuhkan pertolongan rawat inap di rumah sakit, jika mereka belum tercatat sebagai peserta, sementara Jamkesmas dan Jamkesda yang selama ini sudah cukup mengcover Orang Rimba luruh seiring dengan timbulnya BPJS ini, bagaimana nasib kesehatan orang Rimba di masa datang,”kata Robert Aritonang Koordinator Program KKI WARSI.

Menurutnya, meski pemerintah merencanakan paling lambat 1 Januari 2019 untuk mengcover seluruh masyarakat, seharusnya Orang Rimba sebagai kelompok masyarakat marginal mendapat perhatian utama, bukan malah sebaliknya dijadikan prioritas terakhir.

Untuk diketahui, Orang Rimba merupakan komunitas asli marginal yang mendiami hutan-hutan sekunder di Provinsi Jambi. Pendataan yang dilakukakn KKI WARSI, populasi komunitas ini diperkirakan lebih dari 3.800 jiwa. Mereka hidup menyebar dalam kelompok-kelompok kecil. Bagi pemerintah Jambi, kelompok ini disebut dengan Suku Anak Dalam, nama yang sama untuk suku Bathin Sembilan, Talang Mamak, dan suku marginal lainnya. Sedangkan pemerintah pusat menyebut komunitas ini sebagai Komunitas Adat Terpencil. Banyak sumber yang telah merilis tentang jumlah jiwa dari suku-suku ini, namun jumlah ini berbeda antar satu instansi dengan instansi yang lain dan sangat tergantung dengan keterkaitan kegiatan yang sedang mereka lakukan. Hal ini membuktikan bahwa suku-suku marginal ini belum terdata dengan baik oleh pemerintah melalui instansi terkait.

Persebaran Orang Rimba terdapat di lima kabupaten yaitu Sarolangun, Merangin, Tebo, Batanghari dan Bungo. Jika dikelompokkan sebaran ini bisa dikategorikan berdasarkan

kelompok hutannya, yaitu di dalam kawasan Taman Nasional Bukit Dua Belas (TNBD), secara administrasi berada di tiga kabupaten, yaitu Sarolangun, Tebo dan Batanghari. Sebagian lagi populasi Orang Rimba berada di sepanjang jalan lintas Sumatra Sarolangun Bungo dan sebelah selatan Taman Nasional Bukit Tiga Puluh (TNBT).

Kelompok masyarakat ini, masih teguh dengan adat istiadat yang tetap dijalankan hingga kini, salah satunya tradisi melangun. Melangun adalah budaya berpindah dari satu lokasi ke lokasi yang lain. Perpindahan ini mereka lakukan apabila terdapat kematian pada salah satu anggota kelompok dalam satu ketemenggungan. Perpindahan yang mereka lakukan biasanya tidak terikat pada suatu administrasi kewilayahan, sehingga mereka tidak mengetahui lokasi mereka berada di wilayah kabupaten tertentu.

Tumengung Marituha merupakan salah satu ketua adat dari Orang Rimba wilayah Terap Timur TNBD. Melangun ini salah satu adat yang masih mereka pegang dari zaman dahulu sampai sekarang, meskipun melangun sekarang ini berbeda dengan waktu dulu. Tujuan dari melangun untuk menghilangkan kesedihan dan menghindari penyakit yang ditimbulkan dari kematian tersebut.

Penyakit menular menjadi momok yang menakutkan bagi Orang Rimba, mereka selalu berupaya untuk menghindari penularan penyakit. Salah satu usaha preventif yang mereka lakukan adalah memisahkan orang yang sakit (*beceneggo*) dari kelompok yang sehat (*bungaron*), yang dinamakan dengan *besesandingan*.

Untuk pengobatan Orang Rimba mengandalkan pengobatan tradisional yang diwariskan secara turun temurun. Pengobatan ini dilakukan oleh seorang dukun yang

mampu berkomunikasi dengan roh nenek moyang mereka dan memanfaatkan ramuan-ramuan tanaman obat yang didapatkan di dalam hutan. Salah satu tradisi pengobatan yang dikenal adalah basale, ritual memanggil roh nenek moyang untuk memohon kesembuhan dan biasanya dilengkapi dengan berbagai ramuan atas petunjuk nenek moyang yang datang.

Namun sayangnya, kini ritual basale jarang dilakukan, seiring dengan menipisnya sumber obat tradisional Orang Rimba yang ikut hilang bersamaan dengan hilangnya hutan yang menjadi rumah mereka. Selain itu juga akses yang semakin terbuka dengan kelompok masyarakat lain menyebabkan Orang Rimba sangat mudah tertular penyakit-penyakit yang sebelumnya tidak mereka kenal, seperti hepatitis, TBC dan lainnya.

Sehingga angka kesakitan dan kematian pada Orang Rimba terus meningkat. Kondisi ini menyebabkan Orang Rimba mau tidak mau harus mengenal pengobatan moderen untuk penyakit-penyakit yang tidak mampu ditangani secara tradisional. Namun berbagai tantangan harus Orang Rimba hadapi ketika mereka berada di layanan kesehatan umum ini. Rasa malu dan kurang diterima layaknya pasien pada umumnya telah menghambat komunitas Orang Rimba untuk sepenuhnya menggunakan layanan kesehatan ini, pun sebaliknya dari petugas kesehatan yang masih merasa takut dengan pasien Orang Rimba.

Menurut Tumenggung Ngrip di bagian selatan TNBD, rasa malu ini hanya perasaan mereka (Orang Rimba) yang jarang berinteraksi dengan orang di luar mereka. Tidak jarang dari Orang Rimba yang masih menggunakan pakaian tradisional ketika mereka berkunjung ke puskesmas (menggunakan cawot dan kembangan). Cawot pakaian adat Orang Rimba terbuat

dari kain panjang yang hanya menutupi kemaluan mereka, sedangkan kembangan merupakan pakaian adat Orang Rimba terbuat dari kain panjang yang menutupi badan dari pinggul sampai ke bawah lutut. Pakaian ini mereka pakai ketika mereka berada di dalam hutan dan ketika mereka berada di luar hutan beberapa Orang Rimba menggantikannya dengan pakaian biasa. Perasaan tidak diterima ini lebih pada komunikasi yang tidak baik karena perbedaan bahasa, kurang mengenal petugas yang bersangkutan dan kurangnya pengetahuan tentang tata cara administratif pengobatan dirumah sakit maupun puskesmas.

Untuk itu Tumenggung Ngrip berharap adanya kunjungan dari puskesmas dan kemudahan mengurus persyaratan ketika berada di layanan kesehatan baik puskesmas dan rumah sakit. “Kami itu orang tidak pintar, jadi kami mengharap pada bapak-bapak yang pintar untuk dapat mempermudah kami ketika kami mau berobat ke puskesmas maupun rumah sakit,” harap Tumenggung Ngrip.

Antisipasi meningkatnya kunjungan Orang Rimba ke puskesmas dan rumah sakit telah dilakukan oleh pemerintah kabupaten dengan memberikan surat edaran tentang pembebasan biaya berobat baik dari tingkat puskesmas sampai tingkat rumah sakit rujukan di Provinsi Jambi. Surat edaran ini menyatakan bahwa Orang Rimba dimanapun berobat dalam lingkup kabupaten tertentu akan digratiskan tanpa adanya persyaratan administrasi apapun. Masalah belum muncul ketika Orang Rimba melakukan perawatan hanya pada kabupaten yang terdapat kebijakan tersebut. Namun kebijakan ini akan sedikit berbeda ketika mereka melakukan perawatan dilintas kabupaten, Orang Rimba harus mendapatkan rekomendasi dari Dinas Sosial Kabupaten setempat. Kondisi ini berlaku sama ketika Orang Rimba membutuhkan layanan

di tingkat provinsi. Orang Rimba membutuhkan rujukan dari Dinas Sosial Provinsi Jambi yang menyatakan bahwa biaya pengobatan pasien akan dibebankan pada pemerintah provinsi.

Setelah adanya kebijakan UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU no 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), program kesehatan seperti program nasional Jamkesmas, Jamkesda, dan Jampersal akan ditiadakan. Proses sosialisasi dan persiapan yang saat ini dilakukan oleh pemerintah menyongsong pelaksanaan jaminan sosial kesehatan per satu Januari 2014 belum sepenuhnya siap. Lantas bagaimana dengan Orang Rimba?

“Kami akan tetap advokasikan supaya Orang Rimba menjadi penerima manfaat dari UU ini, dan mereka diakui oleh pemerintah daerah yang akan menjadi penjamin iuran bagi masyarakat yang tidak mampu termasuk Orang Rimba,” tandas Robert Aritonang.

JAMBI

OBAT MAHAL BAGI PASIEN MISKIN¹

NURUL FAHMY

Sudah delapan hari M.Y bin Yc (67) meringkuk di ranjang Rumah Sakit dr Bratanata (RS DKT), Jambi. Wajahnya pucat, tangan kanan-kiri dan bagian atas tubuh lainnya terlihat kurus, namun kaki, paha kanan-kiri dan perut justru nampak lebih “gemuk”.

Namun kegemukan pada kakinya itu sangat tidak wajar, bentuknya seperti buah busuk. Apabila dipencet daging kakinya itu melesak ke dalam, namun lambat kembali seperti kondisi semula.

Menurut NS (35), anak pertama M.Y bin Yc, orang tuanya itu mengalami gangguan ginjal, yang mengakibatkan terbuangnya protein dalam tubuh melalui air seni atau urine.

Oleh para medis, kondisi pembengkakan (*oedema*) yang disebabkan karena kurangnya Albumin dalam tubuh seseorang itu lazim diberi obat yang berfungsi menambah Albumin.

“Berdasarkan hasil laboratorium dan diagnosa dokter, ayah saya ini mengalami kekurangan protein dalam tubuh,

¹ Tulisan sudah dipublikasikan di *Antara* pada 22 Desember 2013.

sehingga perlu diinfus dengan cairan Albumin,” katanya.

Anehnya, meski sudah delapan hari meringkuk tidak berdaya, M.Y bin Yc diperlakukan tanpa pengobatan yang semestinya oleh perawat di rumah sakit itu. Perawat tidak juga memberikan obat berupa cairan infus yang dibutuhkan pada ayahnya.

Ternyata, menurut NS, setelah dirinya bertanya kepada perawat, mereka (rumah sakit) harus menunggu konfirmasi dari perusahaan tempat ayahnya bekerja, yang menanggung seluruh biaya perobatan.

“Kata perawat, mereka menunggu konfirmasi dari perusahaan tempat ayah saya bekerja, sebab harga obat (Albumin) yang dibutuhkan ayah itu harganya mahal, sehingga perlu persetujuan penanggung-jawab pembiayaan pasien,” katanya.

NS mendapat informasi dari perawat, bahwa harga cairan obat berwarna kuning serupa minyak untuk menaikkan kadar Albumin dalam tubuh ayahnya itu mencapai Rp2,3 juta. Celakanya, seperti disebutkan NS, kadar Albumin ayahnya sangat rendah, sehingga kata dokter tidak cukup hanya satu botol, tapi mungkin perlu tiga atau empat botol.

Namun anehnya, ada seseorang yang datang pada NS dan mengaku memiliki kenalan orang apotik dan menawarkan pada dirinya Albumin dengan harga yang jauh lebih murah dari harga yang disebut pihak rumah sakit.

“Saya heran, kenapa harganya berbeda untuk obat yang sama. Orang apotik itu menawarkan harga yang jauh lebih murah, yakni hanya Rp1,9 juta, Tapi saya tidak dapat menerima tawaran itu, karena dalam asuransi ayah saya, semua obat termasuk tanggungan perusahaan dan disediakan oleh rumah sakit,” katanya.

Lambatnya pemberian obat karena harganya yang mahal itu dibantah oleh Eryasni Husni. Dokter Spesialis Penyakit Dalam di rumah sakit itu mengatakan, penggunaan obat (dalam hal ini albumin) harus disesuaikan dengan kondisi dan usia pasien.

“Penggunaan obat-obatan pada pasien M.Y bin Yc harus disesuaikan pada kondisi tubuh pasien. Usia bapak itu sudah lanjut dan perlu pertimbangan kondisional dalam penggunaan obat,” ucapnya.

Namun soal penawaran harga obat yang berbeda juga dialami oleh Be di rumah sakit berbeda. Jurnalis harian di salah satu media terkemuka di Jambi ini heran ketika ada orang seperti “calo” yang menawarkan obat dengan harga jauh lebih murah dari yang disebut oleh pihak rumah sakit kepada dirinya, saat ia perlu membeli Albumin untuk sang istri yang sedang sakit.

“Apakah ini bagian dari mafia obat-obatan di rumah sakit, yang bekerjasama dengan dokter dan pihak apotik?” tanyanya.

Sebuah sumber di apotik ternama di Jambi menyebutkan, harga obat-obatan ketika sampai di tangan pembeli, sebenarnya sudah di-“mark up” sedemikian rupa, sesuai dengan panjangnya jalur distribusi obat-obat, sejak mulai dari distributor, pengecer, hingga rumah sakit dan dokter.

“Banyak juga “permainan” antara apotik, distributor dan dokter dalam merekomendasikan (meresepkan) obat tertentu dengan merek tertentu. Setiap obat yang diresepkan di apotik tertentu, seorang dokter akan mendapat “fee” sekian persen dari harga obat tersebut,” kata sumber itu.

Dalam sebuah situs belanja online medicastore.com disebutkan, harga Human Albumin Infus 20 persen 100 ML behering dilabel dengan harga sekitar Rp1.6 juta. Harga ini

jelas jauh lebih murah dari harga obat sejenis yang disebutkan oleh rumah sakit dan “oknum” perawat yang mengaku ada kenal dengan orang apotik di Jambi itu.

Kepala PT Askes Cabang Jambi, dr Sri Mugirahayu, hanya tertawa saat ditanya tentang “permainan rahasia” para dokter ini.

“Makanya saya memilih masuk dan bekerja di Askes dari pada berpraktek sebagai seorang dokter, dalam soal ini saya masih memiliki idealisme yang harus saya pertahankan,” katanya dalam sebuah pelatihan “Bagaimana BPJS Bekerja” yang diselenggarakan oleh Aliansi Jurnalis Independen (AJI) Indonesia yang bekerja sama dengan Friedrich Ebert Stiftung (FES) di Jambi dua pekan lalu.

Begitulah, minimnya pengetahuan masyarakat tentang jenis obat, khasiat dan perbedaan harga untuk masing-masing merk membuat mereka acap termenung di depan loket kasir saat membayar tagihan biaya berobat di rumah sakit.

Persoalan menjadi rumit ketika masyarakat tidak punya pilihan dalam menggunakan jenis obat di rumah sakit, dan atau menentukan sendiri masa perawatan yang disesuaikan dengan isi kantong masing-masing.

Maksudnya, dapatkah pasien atau masyarakat menentukan biaya berobat termasuk mengkonsumsi obat yang kandungan obatnya serta harganya sesuai dengan isi kantongnya? Sama seperti misalnya ketika mereka memilih menu di restoran warung tegal, dengan asumsi makan apa saja, yang penting bisa kenyang, enak dan sehat.

KHASIAT OBAT, LAMA PERAWATAN PLUS BIAYA YANG MENINGKAT

Berbedanya harga obat untuk jenis yang sama, sebenarnya

dimungkinkan oleh regulasi pasar dan faktor produksi obat. Namun yang paling mencengangkan, ternyata harga obat berpengaruh terhadap tingkat penyembuhan dan lamanya seorang pasien sembuh dari penyakitnya.

Maksudnya, semakin mahal harga obat yang dikonsumsi, maka si pengguna (pasien) dapat cepat sembuh, dan semakin murah harga obat yang dimakan, maka si pasien musti berlama-lama menanggung sakit, karena lambatnya reaksi obat itu.

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Dra. Agusdini Banun Saptaningsih Apt, MARS, Humas dan Informasi Perhimpunan Rumah Sakit (Persi), diketahui bahwa Albumin memiliki beberapa merk yang ternyata masa penyembuhannya (khasiatnya) tergantung harganya.

Menurut dia dalam studi kasus di Rumah Sakit Darmais, Jakarta, yang bertajuk “Perbandingan Efektivitas Biaya Albumin Merk A, Merk B dan Merk C Pada Pasien Kanker” itu, dalam penelitian awal menunjukkan bahwa tiga pasien yang menggunakan Albumin dengan merk berbeda tetap mengalami peningkatan Albumin dalam tubuhnya.

Namun, setelah dilakukan penelitian lanjut, diketahui bahwa masing-masing merk obat memiliki waktu penyembuhan (peningkatan kadar albumin) yang berbeda, yang tergantung pada harganya.

Pasien pengguna Albumin merk pertama--yang harganya mahal--mengalami peningkatan albumin dalam tubuhnya rata-rata 40 jam atau 2 hari, merk kedua mengalami peningkatan rata-rata 52 jam atau 3 hari, sementara merk ketiga butuh waktu 110 jam atau 5 hari, tulisnya lagi.

Persoalannya, lamanya masa penyembuhan--dalam hal ini peningkatan albumin dalam tubuh pasien-- akan berimbas

pada biaya perawatan secara menyeluruh.

Pasien yang menggunakan Albumin merk A dengan harga paling mahal dari kedua merk lainnya butuh waktu dua hari untuk meningkatkan Albumin dalam tubuhnya, sehingga biaya rawat inap oleh si pasien di rumah sakit dapat ditekan.

Ini berbeda dengan pasien pengguna Albumin merk B dan C. Pengguna kedua merk ini membutuhkan waktu yang relatif lebih lama untuk peningkatan Albumin dalam tubuh mereka.

Artinya, semakin lama masa rawat inapnya di rumah sakit, sejalan dengan masa peningkatan Albumin pada obat yang "murah" membuat biaya si pasien meningkat pula, seiring dengan meningkatnya jumlah kunjungan (visit) sang dokter untuk mengecek kondisi pasien.

Dengan demikian, penggunaan obat yang mahal oleh pasien akan terbayarkan dengan masa penyembuhan yang cepat. Yang artinya pula, biaya rawat inap di rumah sakit akan berkurang. Sementara itu, penggunaan obat yang murah akan berdampak pada lamanya masa penyembuhan, yang akan berdampak pula terhadap biaya rawat inap pasien di rumah sakit.

Kesimpulan penelitian ini, menurut Agusdini Banun Saptaningsih, Albumin merk A (yang harganya mahal) merupakan terapi paling efektif dalam meningkatkan kadar albumin, dengan pengeluaran biaya yang paling sedikit.

Namun sebenarnya penelitian ingin menegaskan bahwa berobat itu mahal. Tidak ada berobat yang murah. "Murah diobatnya, mahal diperawatannya", atau "mahal diobatnya, murah dibiaya perawatannya". Sebuah pilihan yang sejatinya bukan pilihan.

MAHALNYA HARGA OBAT

Personnel & General Affair's Manager PT Dexe Medica, Kahar Gentar, dalam sebuah lawatan ke pabrik PT Dexe medica di Palembang, Sumatera Selatan beberapa waktu lalu mengatakan, mahal nya harga obat di Indonesia sangat dimungkinkan, karena bahan-bahan obat di negara ini sebagian besarnya musti didatangkan dari luar negeri (impor).

Namun selain biaya produksi, yang meliputi harga bahan baku, peracikan, pengepakan, dan lain sebagainya, sebenarnya harga obat-obatan sudah dihitung sejak dari penelitian atau uji laboratorium yang biayanya kadang justru lebih mahal dari produksi obat-obatan itu.

Bayangkan, untuk membuat penelitian awal satu jenis obat, mulai dari isolasi atau sintesis senyawa kimia, uji praklinik dan uji klinik sampai diperolehnya satu jenis obat, biayanya dapat mencapai angka 500 juta dollar AS.

Angka ini sangat fluktuatif, Profesor Arini Setiawati dari Departemen Farmakologi dan Terapeutik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, menengarai biaya penelitian dan pengembangan satu jenis obat baru membutuhkan dana sebesar 900 hingga 1,8 miliar dollar AS, dengan rentang waktu antara 12-15 tahun.

Jenis obat baru "fresh from the oven" inilah yang kemudian dikenal sebagai obat paten—dengan masa paten yang mencapai 20 tahun.

Dengan hak paten yang dibeli oleh perusahaan, maka monopoli obat yang diproduksi sangat mungkin terjadi, sehingga harganya tentu saja disesuaikan dengan hitung-hitungan si produsen.

Angka-angka ini jelas tidak berhenti sampai di sana. Setelah dikemas semenarik mungkin, agar obat-obatan yang

diproduksi dapat dikenal dan dikonsumsi oleh masyarakat secara luas, maka diperlukan sebuah promosi, yang anggarannya juga bisa lebih besar dari ongkos produksi barang atau obat-obatan itu sendiri. Maka tidak heran, harga obat menjadi mahal di pasaran.

OBAT GENERIK BERLOGO

Dalam beberapa referensi disebutkan, di negara-negara maju hanya dikenal dua jenis obat, yakni obat generik dan obat paten. Namun di Indonesia, obat generik kiranya masih dibedakan menjadi dua macam, yakni Obat Generik Berlogo (OGB) dan obat generik bermerk.

Yang terakhir ini adalah jenis obat yang dipasarkan dengan menggunakan nama dagang/merek tertentu, sebab itu harganya masih jauh lebih mahal dari Obat Generik Berlogo, karena diproduksi dengan merek dagang.

Sementara itu OGB adalah jenis obat-obatan yang dibuat berdasarkan program pemerintah RI sejak tahun 1989. Laiknya program pemerintah, OGB dipasarkan tidak menggunakan bendera atau merek dagang tertentu.

Obat-obatan tersebut diproduksi dan dijual dengan apa adanya. Artinya tanpa menggunakan nama, atau kemasan yang umum untuk menarik minat pembeli. Yang dijual dari OGB adalah kandungan zat aktifnya, zat aktif yang merupakan komponen utama dari obat untuk mengobati sesuatu penyakit.

Yang dikedepankan dalam penggunaan OGB adalah substansi dari pengobatan itu sendiri, yakni sehat. OGB berfungsi mengobati penyakit, bukan untuk menjual merek, gengsi atau macam-macam faktor eksternal lainnya.

Jadi jika ingin membeli amoxicilin, maka belilah amoxicilin, bukan Bemoxycilin atau Antumoxycilin. Yang

pertama adalah zat aktif dalam obat, dan yang berikutnya adalah nama obat yang mengandung zat aktif amoxicilin.

Kualitas dan kemampuan obat jenis OGB ini tetap sama dengan obat paten atau bermerek, sebab mulai dari bahan baku hingga cara pembuatannya, tetap mengacu pada standar obat originator, dan diproses dengan Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) yang diawasi secara ketat oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) RI.

Faktor yang membuat obat generik dengan obat paten memiliki selisih harga yang sangat jauh, meski khasiatnya sama-sama manjur adalah karena obat generik berpenampilan biasa saja, kemasan monoton, dan tidak bermerek.

Persoalannya, apakah ketersediaan OGB dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang akan dimulai pada Januari 2014 ini sudah memadai? Maksudnya, apakah obat generik yang disediakan oleh pemerintah melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mencukupi untuk segala jenis obat dan penyakit?

KETERSEDIAAN OGB DALAM JKN

Kementerian Kesehatan telah menetapkan daftar obat yang akan digunakan dalam pelayanan pengobatan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Menurut Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kemenkes, Maura Linda Sitanggang, jumlah obat yang sudah disetujui masuk dalam formularium nasional (fornas) mencapai 923 sediaan, yang mencakup obat generik dan obat dengan merk.

“Dari daftar obat yang beredar di masyarakat, 10 persen diantaranya tidak masuk dalam fornas JKN ini. Obat-obatan tersebut umumnya adalah obat baru atau obat-obatan untuk

jenis penyakit baru,” katanya seperti dilansir sejumlah media awal bulan lalu.

Terpisah, Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Jambi, Ida Yuliati mengakui, dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) nanti, seluruh obat-obatan akan disediakan oleh rumah sakit di daerah.

“Kita tengah menyediakan tempat untuk obat-obatan termasuk SDM yang akan mengelola distribusi obat kepada pasien di rumah sakit,” katanya.

Saat ditanya obat apa saja yang disediakan dalam Formularium Nasional (Fornas) itu, Ida menggeleng, “Terlalu banyak obatnya, saya tidak hapal, tapi ada daftarnya,” kata Ida.

Namun, kata dia, bagi pasien yang ingin minta resep dengan obat paten, tentu akan diresepkan sesuai dengan permintaannya. Dan soal ini sudah diatur dalam Permenkes. Obatnya ini diputuskan oleh komite medik atau rumah sakit.

Bagaimana dengan Albumin yang harganya relatif mahal dari obat-obat lainnya? Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 328 Tahun 2013 Tentang Formularium Nasional, diketahui ada tujuh frasa Albumin yang tercantum dalam Kepmenkes setebal 57 halaman yang memuat daftar obat-obatan yang disediakan dalam JKN. (dicari dengan metode control F pada komputer).

Artinya mungkin, pasien yang membutuhkan Albumin dalam tubuhnya untuk kesembuhan, akan mendapat layanan obat itu. Namun pemberian Albumin sepertinya ditakar dan dibatasi dengan beberapa persyaratan; penggunaan Human Albumin ini 5 persen dan 25 persen hanya tersedia untuk pasien JKN tingkat 2 dan 3.

Direktur Program Friedrich Ebert Stiftung (FES), Mian

Manurung, mengatakan, secara umum banyak pemerintah daerah di masing-masing provinsi di Indonesia yang belum siap menjalankan SJSN. Namun, kata dia, masyarakat Indonesia harus mendukung dan optimis dengan penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang akan dimulai pada 1 Januari 2014 ini. "Kita harus mendukung dan optimis dengan program ini, sebab ini adalah proram yang baik dan harus diterapkan," pungkasnya.

JAMBI

BPJS TAK SENTUH GEPENG¹

ANDIKA ARNOLD

Gepeng dan kaum miskin tidak masuk dalam daftar master plan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan tidak memberikan jaminan sosial pada gelandangan dan pengemis (gepeng) serta orang miskin lainnya. Hal ini berdasarkan Perpres No 12 Tahun 2013.

Kepala Pemasaran BPJS Kesehatan Sri Widyastuti mengatakan ketentuan tidak tercantumnya gepeng sebagai penerima BPJS kesehatan berdasarkan Perpres No 12 Tahun 2013. Dalam peraturan itu disebutkan yang bakal menerima bantuan BPJS itu adalah penerima bantuan iuran yang kini disebutkan dengan Jamkesmas, dan ada penerima yang bukan iuran yang juga terdiri dari tiga macam yakni penerima upah, bukan penerima upah dan bukan pekerja.

Sedangkan penerima BPJS Kesehatan yakni berdasarkan data yang ada dalam master plan kesehatan. Dari sanalah data tersebut dikelola dari Kementerian Kesehatan.

Selain itu dia juga mengatakan penerima BPJS ini nantinya dibedakan menjadi dua jenis: dengan kartu dan tanpa kartu

¹ Tulisan sudah dipublikasikan di *Tribun Jambi*, Januari 2014.

Jamkesmas.

“Nah memang untuk gelandangan dan pengemis sendiri belum di pakai, soalnya yang bersangkutan tidak terdapat dalam master plan,” ujar Sri Widyastuti.

Sedangkan kalau gepeng mau dimasukkan dalam master plan pendataan, nantinya melalui dinas sosial yang akan merekomendasikan ke dinas kesehatan. Nantinya juga akan didata.

“Jika nanti ada yang tidak berhak atau ada yang meninggal maka akan bisa digantikan dengan peserta yang tidak terdaftar seperti gepeng,” katanya. “Namun jika tidak ada datanya juga tidak dapat,” tambahnya.

Sri menjelaskan untuk menjadi peserta Jamkesmasda masyarakat diwajibkan membayar Rp19.225 per bulan per jiwa yang efektif diberlakukan Januari 2014, jumlah itu naik dari Rp12.000.

Saat ini sudah ada 400 ribu lebih masyarakat yang menerima BPJS dari lima kabupaten yakni, Kota Jambi, Batanghari, Muaro Jambi, Tanjab Barat, Tanjab Timur,, berdasarkan laporan per Oktober 2013.

KALIMANTAN BARAT

KALBAR KEKURANGAN 1.800 DOKTER UMUM DAN 100 DOKTER SPESIALIS¹

DINA DANI

Masih kurangnya jumlah dokter di Kalbar terutama dokter spesialis menjadi salah satu kendala pemberian fasilitas kesehatan bagi masyarakat luas. Fasilitas-fasilitas kesehatan yang sudah ada selama ini juga mengalami permasalahan sumber daya manusia.

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, Andy Jap mengakui saat ini di Kalbar hanya ada sekira 200 dokter spesialis, dan spesialis dasar hanya 180 orang, serta 600 hingga 700 dokter umum. Kondisi ini belum memenuhi standar.

“Seharusnya terdapat enam dokter spesialis perseratus ribu penduduk dan 40 dokter umum perseratus ribu penduduk. Berarti Kalbar masih kekurangan sekira 1.800 dokter umum dan seratusan dokter spesialis,” ungkapnya kepada Okezone, (27/12).

Ia mencontohkan ketika berkunjung ke Kabupaten Kayong Utara beberapa waktu lalu, ia menemukan hanya ada

¹ Tulisan sudah dipublikasikan di <http://m.okezone.com/read/2013/12/27/482/918104>

12 dokter umum yang melayani delapan puskesmas di sana. "Ini sangat kurang," katanya prihatin.

Menurutnya persoalan dokter umum ini telah disampaikan ke pemerintah pusat dan tidak saja sekali dua kali disampaikan Dinas Kesehatan Kalbar tetapi data yang ada di pusat sudah sangat valid untuk diketahui atas kekurangannya dokter di Kalbar. "Sebenarnya kekurangan dokter tidak banyak. Hanya saja pendistribusiannya tidak merata. Berdasarkan regulasi saat ini, pemerintah tidak bisa memaksa dokter untuk bertugas di daerah seperti tahun-tahun sebelumnya.

Diakuinya untuk Kalbar selalu mengajukan tambahan dokter spesialis setiap tahunnya. "Kalbar memang masih sangat kurang meski kita selalu mengajukan dokter spesialis, bukan hanya untuk RSUD Soedarso saja tetapi secara merata di 14 Kabupaten/kota," tuturnya.

Andy menjelaskan pihaknya selalu menginventarisir kebutuhan dokter spesialis berdasarkan usulan dari pemerintah kabupaten dan kota. Kondisi saat ini, belum semua kabupaten dan kota memiliki empat dokter spesialis dasar, yakni spesialis penyakit dalam, kandungan, anak, dan bedah. "Untuk daerah kami juga mengajukan dokter spesialis dasar. Sedangkan di RSUD Soedarso diajukan dokter spesialis lain seperti kanker, jantung, bedah, dan lainnya. Dokter jantung kita juga kurang," ungkap Andy.

Pengajuan penambahan spesialis sendiri juga termasuk spesialis onkologi. Permasalahannya, tidak ada regulasi dari Kementerian Kesehatan yang mewajibkan dokter bertugas ke daerah. Jadi, disayangkan olehnya saat ini yang terjadi memang para dokter berhak memilih tempat bertugasnya. Ke depannya, lanjut Andy, pemerintah memiliki konsep regionalisasi rumah sakit rujukan. Pengajuan dokter spesialis

juga memperkuat konsep regionalisasi tersebut. “Kita akan memperkuat rumah sakit regional di setiap kabupaten dan kota,” katanya.

Misalnya, RS Singkawang, diperkuat untuk Pemangkat dan wilayah sekitarnya. Sedangkan RSUD Soedarso tetap menjadi pusat rujukan. Kasus-kasus yang tidak bisa ditangani kabupaten dan kota, baru dirujuk ke RSUD Soedarso. “Kalau masih bisa ditangani RS di kabupaten dan kota, ya ditangani di sana,” cetusnya.

Tak hanya mengajukan dokter spesialis, Pemerintah Provinsi Kalbar juga menyekolahkan dokter umum menjadi dokter spesialis sejak 2008. Saat ini sedikitnya 96 dokter sedang mengenyam pendidikan untuk menjadi spesialis. “Sudah ada beberapa yang kembali. Mereka itu kembali ke kabupaten dan Kota Pontianak,” katanya lagi.

Ia juga mengakui terhadap pendistribusian dokter spesialis maupun umum di wilayahnya tidak merata. Dokter menumpuk di wilayah perkotaan, padahal daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan juga sangat memerlukannya. “Dokter itu bertumpuk di Kota Pontianak, Singkawang, dan Mempawah. Di daerah hulu masih kurang,” ujarnya.

Ia menjelaskan di Kalbar terdapat 237 puskesmas. Dari jumlah tersebut 91 unit melayani rawat inap. Setengah dari total puskesmas tersebut berada di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan. Selain puskesmas, Kalbar memiliki 39 rumah sakit dengan total tempat tidur mencapai empat ribu unit. Dari total tempat tidur yang ada, sekira 2.400 unit merupakan kelas tiga.

Ia mengakui kekhawatiran terhadap kekurangan tenaga dokter ini juga berpengaruh terhadap program Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan. Meski saat ini sebanyak 1,9

juta penduduk Kalimantan Barat dipastikan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai awal Januari tahun depan.

Andy Jap menuturkan mereka terdiri atas peserta Jamkesmas, Askes, TNI, Polri, dan peserta kesehatan Jamsostek. “Mereka itu secara otomatis masuk menjadi peserta jaminan kesehatan nasional,” ujarnya.

Andy menjelaskan sebanyak 1,3 juta jiwa dari 1,9 juta jiwa merupakan peserta Jamkesmas. Premi jaminan kesehatan mereka dibayarkan pemerintah. Saat Jamkesmas premi yang dibayarkan Rp6 ribu per bulan per jiwa, sedangkan jaminan kesehatan nasional meningkat menjadi Rp19.225,-.

Diharapkan dengan peningkatan ini pelayanan kesehatan bisa lebih baik. Bagi masyarakat umum diharapkan menjadi peserta jaminan kesehatan nasional mulai 1 Januari mendatang. Ditargetkan pada 2019 seluruh masyarakat Indonesia menjadi peserta jaminan tersebut. “Informasinya bagi peserta umum kelas tiga, premi perbulannya Rp25 ribu per jiwa,” ujar Andy.

Ia menegaskan perbedaan pembayaran premi ini hanya untuk fasilitas kesehatan, bukan untuk pelayanan dokter. Bahkan ia mencontohkan pada kelas tiga ruang perawatannya tidak ada kipas angin, sedangkan kelas dua ada. “Pelayanan dokter harus sama. Tidak boleh beda. Tidak ada itu pada kelas tiga dokter memeriksa dari jauh, sedangkan kelas satu didekati. Kalau ada yang membedakan pelayanan, informasikan ke kami,” tegasnya.

Secara etika profesi kedokteran, pelayanan yang diberikan kepada pasien harus sama. Ada standar prosedur tindakan medis. Jika ada dokter yang membeda-bedakan pelayanan kepada pasiennya, bisa tindaklanjuti oleh Majelis Kode Etik Kedokteran. Dengan sistem jaminan kesehatan nasional

pola pelayanan kesehatan dilakukan berjenjang. Mulai dari pelayanan primer yakni di puskesmas yang diperkuat. "Rumah sakit hanya sebagai rujukan. Perlu diingat pada 2014 itu pelayanan belum sempurna dan dibenahi bertahap," ujar Andy.

Sementara itu ketergantungan masyarakat Indonesia khususnya di Kalbar dalam melakukan cek kesehatan ke negara tetangga diakui *Chief Commercial Officer* Maswings, Sauqi Ahmad menjadi salah satu alasan Maskapai penerbangan milik Malaysia Maswings menambah rute penerbangan.

"Setiap bulan memang yang datang ke Kuching adalah masyarakat Indonesia dengan tujuan berobat. Semenjak satu tahun kami beroperasi di Pontianak, yang datang ke Kuching sangat meningkat tajam. Selain juga karena kami di sana memiliki penambahan RS di Kuching," ungkapnya kepada Okezone.

Selain itu peningkatan penerbangan juga diakuinya mencapai 82 persen semenjak Maswings berdiri di Tahun 2012 lalu. "Dulu kami khawatir terhadap penumpang, sekarang Alhamdulillah meningkat untuk penumpang jadi 82 persen," tuturnya.

Penambahan penerbangan rute Kuching-Pontianak-Kuching yang akan dilakukan mulai 13 Desember 2013 lalu ini sendiri dikarenakan atas banyaknya permintaan masyarakat luas yang semakin meningkat dalam menggunakan Maswing. "Dari 7 kali penerbangan kami menambah tiga kali sehingga dalam seminggu penerbangan menjadi 10 kali. Baik dari Pontianak-Kuching maupun sebaliknya," jelasnya.

Sementara itu Kepala PT Askes (Persero) Cabang Pontianak Octovianus Ramba menuturkan peserta mandiri jaminan kesehatan dapat mendaftar di BPJS mulai Januari 2014. Untuk

di daerah-daerah BPJS bekerjasama dengan Bank Mandiri, BRI, dan BNI 46. Tetapi pria yang disapa Octo ini belum bisa menyebutkan nominal preminya. “Karena Perpresnya belum ada,” ujarnya.

Peserta yang telah membayar iuran akan mendapatkan kartu dan berhak mendapatkan pelayanan, jika sakit. Pembayaran rutin setiap bulan. Jika pada suatu saat tidak membayar iuran, kepesertaan dinonaktifkan. “Ada batas toleransinya. Jika telah dinonaktifkan dan sakit, bayar selisih tagihan kemarin dulu baru diaktifkan kembali kartunya. Nanti ada petunjuk teknisnya,” jelas Octo.

Ia menambahkan pada daerah terpencil ada tatacara tersendiri dan ditetapkan dinas di kabupaten setempat. Setelah ditetapkan oleh dinkes setempat, dikumpulkan pada tingkat provinsi dan dikirimkan ke Kementerian Kesehatan untuk dinyatakan sebagai daerah terpencil. “Ada tiga sistem yakni penyediaan oleh fasilitas kesehatan terdekat, pengiriman tenaga kesehatan ke sana, dan kompensasi biaya tunai yang dikoordinasikan dinas kabupaten dan kota,” pungkasnya.

KALIMANTAN BARAT

PENERAPAN BPJS KESEHATAN 2014: PUSKESMAS BAKAL DIJEJALI PASIEN¹

HENDI

Dalam hitungan hari jaminan sosial kesehatan dan tenaga kerja akan bertransformasi menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Mulai 1 Januari 2014 Askes berubah menjadi BPJS Kesehatan, sedangkan Jamsostek berganti menjadi BPJS Tenaga Kerja.

Bagaimana kesiapan pihak terkait dengan program ini, salah satunya adalah fasilitas kesehatan. Ada dua aturan sebagai acuan penyelenggaraan program jaminan sosial tersebut, yakni Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Undang-undang menyebutkan setiap orang wajib menjadi peserta BPJS. Orang asing yang bekerja di Indonesia dalam waktu enam bulan pun diamanatkan demikian.

Namun pemerintah memberi toleransi dalam

¹ Tulisan sudah dipublikasikan di *Pontianak Post* pada 28 Desember 2013.

pelaksanaannya. Perintah undang-undang tidak serta-merta diberlakukan. Pelaksanaan BPJS dibagi dua tahap. Tahap pertama 1 Januari 2014, mereka yang menjadi peserta BPJS mencakup empat golongan peserta Jamkesmas, TNI/Polri dan pensiunan jaminan Kesehatan Nasional.

Di Kalbar PT Askes telah memetakan fasilitas kesehatan yang melayani peserta BPJS. Sebanyak 22 dokter keluarga, 25 rumah sakit, 35 apotek atau instalasi farmasi, 27 optik, empat klinik atau balai pengobatan, tiga PMI, satu laboratorium, dan seluruh puskesmas.

Salah satu prinsip dalam BPJS adalah portabilitas, artinya setiap orang mendapat layanan kesehatan di manapun. "Namun didahului lewat sistem rujukan dari pelayanan kesehatan primer seperti dokter keluarga, poliklinik, dan puskesmas," kata Kepala PT Askes Cabang Pontianak, Octavianus Ramba.

Dengan sistem ini pasien pada fasilitas kesehatan rujukan di Kalbar, seperti RSUD Sudarso dan RSU Antonius kemungkinan tidak melebihi kapasitas. Wakil Direktur Bidang Pelayanan RSUD Sudarso, Tita Selati Sundari memprediksi begitu.

Dia mengatakan, tidak semua penyakit harus dilayani di rumah sakit pemerintah terbesar di Kalbar tersebut. "Batuk pilek tidak boleh lagi langsung ke rumah sakit," ungkapnya. Tita mengaku selama ini pada waktu tertentu pasien di RSUD Sudarso melebihi kapasitas. Sebanyak 450 tempat tidur untuk rawat inap tidak cukup menampung pasien jika demam berdarah mewabah. "Namun itu siklus lima tahunan. Dua tahun terakhir pasien di RSUD Sudarso tidak pernah melebihi kapasitas," ujarnya.

Dengan sistem rujukan BPJS, Tita yakin tidak ada lagi pasien

yang harus dirawat di pelataran rumah sakit dengan tempat tidur darurat. Apalagi pada sistem jaminan sosial yang sudah diinisiasi akhir era 90-an itu menetapkan penyakit-penyakit tertentu yang dapat dirujuk ke rumah sakit. “Semuanya dimaksimalkan pada fasilitas kesehatan primer. Mereka juga (faskes) sebelumnya mendapat pembayaran dari BPJS. Beda halnya dengan peristiwa gawat darurat, jika demikian peserta BPJS bisa langsung ke rumah sakit,” jelasnya.

Dalam praktiknya nanti, fasilitas primer akan dibayar oleh BPJS dengan sistem kapitasi. Yakni perhitungan jumlah peserta di suatu wilayah, bukan berdasarkan kunjungan pasien. Puskesmas akan melayani peserta BPJS berdasarkan wilayahnya masing-masing tetapi tidak menutup kemungkinan ada peserta lain pindah ke faskes tertentu di luar wilayahnya.

Hal tersebutlah yang mungkin akan menjadi masalah. Di Kota Pontianak contohnya, ada beberapa faskes primer memiliki alat kesehatan dan tenaga medis memadai, bahkan punya layanan rawat inap. Bukan tidak mungkin ada puskesmas tertentu yang lebih banyak dipilih peserta BPJS. Peserta di wilayah berbeda pindah ke puskesmas yang layanannya baik, tenaga medis memadai, dan alat kesehatannya lengkap sehingga pasien menumpuk.

“Itu tidak masalah. Justru puskesmas tersebut diuntungkan dengan pembayaran dari BPJS. Meski dibayar di depan dengan kapitasi tetapi bisa ditambah uangnya karena ada yang peserta pendatang,” kata Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak, Multi Juto Bhatarendro.

Di Kota Pontianak terdapat 23 fasilitas kesehatan dasar yang terdiri atas puskesmas, balai pengobatan gigi, balai pengobatan mata, dan rumah sakit tipe D. Dari jumlah tersebut

ada empat faskes primer yang memiliki layanan rawat inap. Bersama lima dokter keluarga, satu klinik, puskesmas, balai pengobatan, dan rumah sakit tipe D tersebut akan melayani 200 ribu warga Kota Pontianak peserta BPJS tahap pertama. “Semua faskes primer memang harus disiapkan lebih baik karena setiap orang dilayani, beda dengan asuransi swasta,” kata Multi.

Multi mengatakan bahwa tidak ada masalah dengan pelaksanaan BPJS di daerah. Fasilitas kesehatan, layanan, tenaga medis siap menjalankannya. Namun, masih ada hal yang ditunggu-tunggu para pelaksana layanan kesehatan tersebut. “Sampai sekarang belum ada juklak (petunjuk pelaksanaan) dan juknis (petunjuk teknis) dari pusat,” tuturnya.

KALIMANTAN BARAT

PENDATAAN PESERTA BPJS HARUS AKURAT, PENDUDUK MISKIN HARUS TERDAFTAR¹

RUSDIANSYAH

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) akan beroperasi secara bertahap pada Januari 2014 mendatang. Namun terjadi pro-kontra di kalangan masyarakat terhadap kemungkinan yang akan terjadi, apakah program BPJS bisa berhasil atau malah sebaliknya.

Ada masyarakat yang optimis program BPJS bisa memberikan pelayanan kesehatan lebih baik dari Jamkesmas atau Jamkesada. Namun, ada juga yang pesimis program ini bisa berjalan lancar, bahkan ada juga yang masih bingung, tidak tahu mengenai BPJS, seperti apa bentuknya, bagaimana prosedurnya dan pendaftarannya.

Namun menurut anggota Komisi D DPRD Provinsi Kalbar, Bidang Pendidikan dan Kesehatan, Tony Kurniadi, ST.MSi, apakah pemerintah dan BPJS sudah siap melaksanakan jaminan kesehatan tersebut.

Bagaimana sosialisasi yang dilakukan BPJS kepada

¹ Tulisan sudah dipublikasikan di *Berita Katulistiwa Pontianak* pada tanggal 30 Desember 2013.

masyarakat terutama masyarakat miskin, kemudian bagaimana pendataan kepesertaan BPJS apakah benar-benar akurat, jelas. Tony kembali menanyakan, apakah pelayanan kesehatan yang diberikan BPJS nanti bisa komprehensif tanpa diskriminasi kepada masyarakat miskin.

“Saya harapkan pendataan masyarakat miskin yang harus ditanggung kepesertaannya oleh negara harus akurat, sehingga fakir miskin dan orang tidak mampu bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama,” ungkap Tony yang juga Dapil Kabupaten Sambas, Senin(23/11) di Fraksi PAN DPRD Kalbar.

Yang jelas, tegas Tony untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, harus ada komitmen dan jaminan penuh dari BPJS untuk jaminan kesehatan mereka. Jangan sampai hanya pada tataran teori saja masyarakat miskin dan tidak mampu ditanggung kesehatannya, sementara di lapangan ditemukan masalah-masalah seperti halnya Jamkesmas.

Tony mengharapkan kedepan tidak ada lagi terjadi hal-hal seperti itu. Sebagai contoh ketika masyarakat kecil menggunakan kartu kesehatan dari BPJS petugas kesehatan enggan melayani karena ada tunggakan dari BPJS yang belum melunasi pihak rumah sakit.

“Saya tekankan lagi, jangan lagi terjadi Seperti Jamkesmas, dimana terjadi pendataan peserta BPJS harus akurat, penduduk miskin harus terdaftar, tunggakan pembayaran rumah sakit dan berdampak kepada pelayanan kesehatan masyarakat tidak bisa dilakukan yang pada akhirnya merugikan masyarakat,” kata mantan aktivis mahasiswa ini.

Ia mengharapkan, program kesehatan BPJS harus lebih baik, jangan sampai terkesan pelayanan kesehatan milik orang berduit, orang miskin dilarang sakit, orang kaya dilayani

dengan baik dan ramah, sementara orang miskin tidak dilayani dengan baik di rumah sakit.

Ditempat terpisah, Suidah (53) ibu rumah tangga, ketika ditanya tentang BPJS mengatakan, "Apa itu BPJS? Saya tidak tahu dengan BPJS, yang saya tahu hanya Jamkesmas, kalau saya dan keluarga mau berobat ke rumah sakit maka menggunakan kartu Jamkesmas, bisa gratis," jelas Suidah yang tinggal di Kecamatan Pontianak Kota.

Sementara itu, Lili (63) ibu rumah tangga, mengatakan tahu dengan BPJS. Lili mengatakan pernah melihat yang iklannya di TV yang ada Ade Ray itu. "Saya lihat di TV tentang BPJS," katanya.

"Masyarakat miskin seperti saya kalau berobat atau rawat inap ke Rumah Sakit yang ditunjuk bisa gratis. Apakah yang umur lewat dari 60 tahun dan punya banyak penyakit bisa ditanggung BPJS," kata Lili.

Lili mengatakan bagaimana mendaftar jadi peserta BPJS, katanya, bisa langsung ke Puskesmas terdekat. Namun setelah saya ke Puskesmas, petugas jaga bilang harus punya kartu BPJS dan sudah terdaftar, dan berlaku 1 Januari 2014 mendatang.

Makanya saya bingung, ungkap Lili. Sementara itu salah seorang PNS di lingkungan Pemerintah Provinsi Kalbar, Udin, mengatakan dengan meleburnya Askes menjadi BPJS diharapkan pelayanan kesehatan akan lebih baik.

"Sejauh ini saya juga belum tahu jelas apa itu BPJS, yang jelas kita PNS tidak perlu repot mengurus administrasinya karena peserta Askes, langsung otomatis menjadi peserta BPJS," jelas Udin.

Saat dihubungi, Kepala PT Askes Pontianak, Octavianus Ramba, mengatakan data yang digunakan BPJS dalam menentukan kepesertaan BPJS terutama terhadap orang miskin

dan tidak mampu adalah menggunakan data Jamkesmas tahun 2013 yang dikeluarkan oleh Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) Kalbar.

“Dari jumlah penduduk Kalbar 5 juta jiwa lebih, total penduduk miskin dan tidak mampu Se-Kalbar kurang lebih sekitar 1,3 juta jiwa. Dan 1,3 juta jiwa tersebut untuk peserta BPJS akan ditanggung oleh pemerintah pusat,”kata Octa sapa akrabnya.

Sementara untuk masyarakat miskin di luar Jamkesmas, ungkap Octa, dapat di data melalui Pemerintah daerah masing-masing dan iurannya dapat dibayarkan oleh Pemda. Namun untuk masyarakat yang mampu membayar iuran sendiri dapat mendaftar langsung ke BPJS Kesehatan, harapnya. Saat ini, kata Octa, PT Askes masih melakukan validasi data untuk memastikan kembali agar tidak ada kelebihan atau overlap. Di tempat berbeda Kepala BPS Kalbar, Badar, mengatakan jumlah penduduk miskin (penduduk yang berada di bawah Garis Kemiskinan) di Kalimantan Barat pada bulan Maret 2013 sekitar 369.010 orang (8,24 persen).

Dibandingkan dengan penduduk miskin pada bulan September 2012 yang berjumlah 355.700 orang (7,96%) berarti meningkat sekitar 13.310 orang (0,28%). Begitu juga jika dibandingkan pada bulan Maret 2012 yang berjumlah 363.310 orang (8,17 persen), berarti meningkat sekitar 5.700 orang atau mengalami kenaikan 0,07 persen.

Kepala BPS Kalbar ini menambahkan, pihaknya tidak terlibat dalam penentuan rumah tangga sasaran penerima bantuan langsung sementara masyarakat (BLSM), karena BPS hanya melakukan pendataan. Untuk di Kalbar yang dilakukan pendataan atau rumah tangga yang berpotensi dan miskin sekitar 426.500 rumah tangga, kemudian yang diberikan BLSM

dengan berbagai pertimbangan sebanyak 233.922 rumah tangga, “ungkapnya.

Harusnya pemerintah sebelum menentukan rumah tangga penerima BLSM terlebih dahulu melakukan pendataan lagi, karena data BPJS tahun 2011 sifatnya masih dinamis, bisa saja berubah, seperti yang tadinya miskin bisa menjadi tidak, atau malah sebaliknya.

Di tempat terpisah Gubernur Provinsi Kalbar, Cornelis, MH, mengatakan, program jaminan sosial BPJS ini diyakini oleh Cornelis akan membawa dampak positif bagi masyarakat terutama masyarakat tidak mampu. BPJS memberikan perlindungan kepada masyarakat dalam bentuk asuransi, perlindungan sosial, dan sebagainya. “Saya yakin dengan perlindungan tersebut masyarakat relatif akan lebih sehat,” ungkap Cornelis.

Gubernur Cornelis menambahkan, daya beli masyarakat juga diprediksi akan meningkat. Ini dikarenakan biaya yang biasanya mereka keluarkan untuk kesehatan kini telah dijamin oleh pemerintah.

“Program jaminan sosial dan peningkatan daya beli masyarakat akan didorong oleh pemerintah untuk terus tumbuh demi keseimbangan pertumbuhan ekonomi nasional. Yang jelas masalah pendataan harus akurat, sehingga tidak muncul masalah lagi,” harap Cornelis.

Kemudian Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, Andy Jap, mengatakan Jamkesmas itu masuk dalam system jaminan sosial nasional (SJSN) mulai 1 Januari 2014. Jumlah penerima Jamkesmas tahun 2013 sebanyak 1.343.859 orang. “Berarti warga Kalbar yang masuk SJSN, tahun 2014 juga sebanyak 1.343.859 orang,” ujar Andy Jap.

Andi menambahkan, dari data tersebut, terdapat 17.700

penerima yang perlu diverifikasi ulang. “Namun, kuota di Kalbar tidak berubah meski nama-nama tersebut perlu diverifikasi ulang,” jelas Andi.

Sementara itu Pengamat Sosial Politik Universitas Tanjungpura, Jumadi, S.Sos, mengatakan data penerima BPJS khusus orang tidak mampu dan orang miskin harus mengacu kepada data E-KTP. “Walaupun memang, kalau mengacu kepada E-KTP, tidak ada jaminan bahwa data orang miskin dan tidak mampu tersebut akurat dan tidak menimbulkan masalah dikemudian hari,” jelasnya.

Yang penting, ungkap Jumadi, kalau ingin melakukan pendataan terhadap orang miskin harus melakukan pendataan langsung ke tingkat RT, RW, kelurahan, kecamatan dan sistem yang digunakan untuk pendataan harus baik serta orang yang melakukan pendataan juga harus baik. “Sepanjang pendataan yang dilakukan BPJS belum akurat maka akan timbul masalah dikemudian hari, walaupun memang program BPJS sangat baik,” ungkap Jumadi.

KENDARI

RISIKO TINGGI, PEKERJA TAMBANG BUTUH JAMINAN KESEHATAN DAN KETENAGAKERJAAN¹

BADARUDDIN BOMBANA

Berprofesi sebagai tenaga buruh atau kuli di sejumlah perusahaan tambang di Kabupaten Bombana, Sulawesi Tenggara dituntut harus tangguh. Buramnya penerapan hak-hak pekerja seperti jaminan kesehatan dan ketenagakerjaan, memaksa kesabaran para kuli harus berlipat. Demi cukupi biaya hidup, terpaksa kuli pertaruhkan kesehatan hingga keselamatan nyawanya. Kesehariannya harus relah bergelut dengan lumpur, debu, bongkahan batu hingga teriknya mentari. Butuh perhatian serta wadah jitu, agar jerit para kuli itu, bisa menikmati hak-haknya yang sudah dijamin oleh undang-undang.

Kekayaan alam berupa tambang adalah anugerah sebuah daerah. Tambang emas, nikel hingga beberapa galian C di Kabupaten Bombana adalah harta yang terus dikejar untuk digarap.

Namun, kebijakan pengelolaan tambang di Bombana,

¹ Tulisan sudah pernah dipublikasikan di *Buton Pos*, 9 Juni 2014

terkesan didominasi pola mengejar pendapatan asli daerah (PAD) sebanyak mungkin, bagi Pemerintah Daerah. Ataupun bekerja cepat dan cekat demi meraup untung di kubu investor.

Namun sayang, “pola umum” itu belum dibarengi dengan kesadaran terkait pentingnya keselamatan atau jaminan kesehatan maupun ketenagakerjaan bagi kuli (pekerja) sebagai ujung tombak di lapangan.

Anton, panggilan akrab salah satu warga Bombana yang bekerja di salah satu tambang emas di Kecamatan Rarowatu menuturkan, dirinya harus mandi lumpur guna mengais emas.

Bongkahan lahan usai digeruk dengan ekskavator, membutuhkan tenaga manusia. Sebab galian tanah setinggi 5-6 meter itu, butuh air guna menyemprot bagian dinding tanah untuk material. Pekerjaan ini buat para karyawan terpaksa mandi lumpur.

“Demi mencari uang, kami harus tekun kerja. Sebab pekerja di lapangan selalu diawasi pengawas pak,” ujar Sukirman pekerja tambang lainnya.

Irna Rohati Ningrum, Kepala Bidang Pelayanan Medis Perizinan dan Reformasi Dinas Kesehatan Kabupaten Bombana menyebutkan, penambang sangat rentan akan potensi penyakit.

Diantaranya penyakit kulit, asma, infeksi hingga hepatitis yang dapat saja menggerogoti nyawa para pekerja secara perlahan bila tidak lekas diobati.

Sukirman mengakui perusahaannya memang punya klinik. Namun tidak semua keluhan ditangani. Bermodal hanya dua perawat dan dua dokter ditambah fasilitas klinik yang belum memadai, buat pekerja terkadang keluar untuk berobat.

“Kalau kami berobat di luar itu, terpaksa kami tangani

sendiri biayanya pak,” jelas Sukirman. Beberapa fakta selama jalannya tambang, baik tambang emas maupun nikel hingga tambang galian C lainnya di Kabupaten Bombana memakan korban. Tidak sedikit pekerja tambang mengalami kecelakaan, sakit-sakitan, hingga ada yang merengang nyawanya di lokasi pertambangan.

Grend Wonua Sultra, LSM lingkungan yang mencermati pekerja tambang di Bombana menaksir banyak hak-hak buruh ditelantarkan. Mulai pengabaian kesehatan hingga adanya karyawan diputuskan hubungan kerjanya (PHK). Namun, terkadang menyisakan gaji yang belum dilunasi.

“Gaji selama bekerja saja masih ada yang terlunta-lunta, apa lagi ditanya pesangon atau hak-hak lain,” jelas Jumrad sekretaris LSM Grend Wonua Sultra.

Seniwati, SH, Kepala Seksi Pengawasan Ketenagakerjaan Dinas Ketenagakerjaan, Transmigrasi dan Dinas Sosial Kabupaten Bombana, tidak menampik akan tudingan LSM Grend Wonua tersebut.

Bahkan dalam datanya, cuma satu perusahaan di Bombana yang diakui punya klinik. “Sepanjang penilai kami, cuma perusahaan PT Panca Logam Makmur yang punya klinik. Bahkan di situ dibuat punya serikat buruh yang bisa bela para karyawan. Yang lainnya tidak ada,” ujarnya.

Di Bombana tercatat sekitar 64 perusahaan tambang yang sudah dapat Izin Usaha Pertambangan (IUP). Sekitar 32 diantaranya adalah perusahaan nikel dan batu krom. Sementara sisanya itu, adalah pertambangan emas dan mineral lainnya.

Namun jumlah tersebut kata Seniwati belum dinominalkan dengan para penambang dari galian C lainnya, seperti batu pasir dan karsa yang menjamur di Bombana. “Kalau jumlah karyawan yang bekerja khusus tambang itu secara keseluruhan

capai ratusan, bahkan bisa ribuan,” ujarnya.

Dia mengatakan, banyak perusahaan bandel di Bombana yang belum memasukan karyawannya untuk jaminan kesehatan maupun ketenagakerjaan. Padahal itu wajib bagi tiap perusahaan. “Kalau perusahaan penambang tingkat menengah, hingga perusahaan bawah itu, hampir semua, atau rata-rata belum memasukan jaminan bagi karyawannya,” ujarnya.

Hal tersebut, kata Seniwati kerap ditemukan saat adanya kasus seperti kecelakaan hingga kematian pekerja. “Saat kami tinjau, rupanya mereka (perusahaan) belum memasukan karyawan ke Jamsostek. Otomatis kami paksa agar semua biaya harus ditanggung perusahaan,” paparnya.

Keluhan itu juga disuarakan juga anggota DPRD Bombana Ahmad yani. “Tambang itu harus menyejahterahkan daerah. Namun jangan lupa pula para karyawan yang kebanyakan masyarakat kita harus pula dijamin hak-haknya,” kritiknya.

MENILIK PERAN BPJS UNTUK JAMINAN KESEHATAN

Hadirnya Undang-Undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menghendaki adanya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai wadah yang dapat memberikan perlindungan kesehatan bagi pesertanya. Peserta BPJS akan mendapat manfaat bagi pemeliharaan kesehatan. Jaminan kesehatan tersebut dilaksanakan dengan prinsip asuransi sosial.

Prinsip kerja BPJS ini sangat meringankan peserta dengan berdasarkan kegotongroyongan antara masyarakat kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang beresiko tinggi dan rendah, sehingga beban hidup sehat bagi masyarakat dapat teratasi.

Asmadi, Kepala BPJS Kesehatan Kabupaten Bombana menaruh prihatin dengan kondisi para karyawan yang diperkerjakan di pertambangan. Dirinya berkeinginan untuk memasukan para karyawan tersebut agar bergabung ke dalam jaminan BPJS. "Dalam waktu dekat, saya akan bersurat kepada pihak perusahaan agar ikut dalam jaminan BPJS," tutur Asmadi.

Bahkan dirinya akan menawarkan hitungan ekonomis dari iuran BPJS bagi pihak perusahaan, agar pelayanan kesehatan pekerja tambang dapat terjamin. Diantaranya, cukup dengan menyeter 4 persen dari gaji pokok dan tunjangan/ upah tetap bulanan ditambah cuma 1 persen dari gaji pokok pekerja, karyawan beserta keluarganya akan dilayani bila sakit atau butuh pelayanan kesehatan.

"Semua perbankan hingga PNS di kabupaten Bombana sudah masuk BPJS Kesehatan. Bahkan pesertanya sudah lebih dari setengah penduduk miskin Bombana masuk dalam anggota BPJS. Saya harap perusahaan di Bombana lekas mengamininya," tukas Asmadi.

KENDARI

“SAKITNYA” PELAYANAN RUMAH SAKIT DI SULTRA¹

YOSHASRUL

Bukan rahasia lagi, jika pelayanan prima rumah sakit belum benar-benar memihak rakyat kecil. Pameo “orang miskin dilarang sakit” mungkin ada benarnya, bahkan telah menjelma menjadi realitas sosial di negeri ini.

Ironisnya, pemerintah yang sesumbar menjamin fasilitas kesehatan masyarakat, khususnya warga kurang mampu, dalam prakteknya tidak seperti yang dijanjikan, mengingat diskriminasi pelayanan kesehatan masih terus terjadi hingga kini.

Kisah Rizal (32 Tahun), warga Jalan Wijayakusuma, Kelurahan Lahundape, Kota Kendari menjadi contoh “sakitnya” pelayanan kesehatan rumah sakit di Sulawesi Tenggara. Cerita bermula, saat isterinya, Muslima (22 tahun) mengalami kecelakaan, akibat ditabrak sepeda motor, medio September 2013 lalu. Tabrakan itu mengakibatkan perempuan yang tengah hamil lima bulan harus dilarikan ke rumah sakit.

“Saat itu saya membawanya ke Rumah Sakit Abunawas

1 Tulisan sudah pernah dipublikasikan di www.suarakendari.com, 6 Juni 2014.

Kendari. Namun baru satu jam di rumah sakit, pihak petugas medis langsung angkat tangan,”kata Risal Salman. Anehnya, para juru rawat di rumah sakit milik pemerintah Kota Kendari sama sekali tidak memberikan pelayanan dasar pada korban yang mengalami patah pada empat jari kakinya dengan alasan tidak memiliki peralatan lengkap .

Risal yang juga seorang jurnalis lokal di Kendari ini tentu saja kecewa berat. Risal menduga, penolakan RS Abunawas terkait dengan kartu Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) yang disodorkannya. “Saya sempat menyodorkan kartu jamsostek, tapi mereka menolak,” kata Risal.

Risal sendiri terdaftar dalam program Jamsostek Kendari melalui kantor tempatnya bekerja. Kuatir dengan kondisi isterinya yang tengah hamil membuat Risal tak punya pilihan harus mencari rumah sakit yang bisa merawat isterinya. Petugas RS Abunawas lalu membuat surat rujukan perawatan ke RS Ismoyo.

Di rumah sakit milik TNI itu, Risal sedikit lega karena petugas medis sempat memberikan bantuan layanan dasar berupa perawatan pembersihan luka. Sayangnya, petugas RS Ismoyo juga tidak memeriksa kandungan Muslima serta tidak sanggup melakukan operasi jari kaki korban. Lagi-lagi dengan alasan tidak memiliki peralatan operasi yang lengkap. “Saya benar-benar lelah berurusan dengan rumah sakit,” kata Risal, menengang.

Akhirnya Risal mengantar isterinya ke RS Santa Anna, sebuah rumah sakit swasta yang terletak di kawasan kota lama, Kelurahan Sanua, Kota Kendari. “Kepada petugas, Saya memberitahu untuk memeriksa kondisi kandungan isteriku. Saat itu juga dokter datang dan langsung memeriksanya,” kata Risal.

Di mata Risal, ada perlakuan yang berbeda dari dua rumah sakit sebelumnya, baik dari sisi pelayanan dasar kesehatan maupun pelayanan bagi pasien pemegang kartu Jamsostek. "Saya juga sempat bingung, kok di rumah sakit pemerintah pasien pemegang kartu Jamsostek tidak dilayani, tetapi justru di RS swasta kami dilayani dengan baik," katanya sambil geleng-geleng kepala.

Bukan hanya warga pemegang kartu jamsostek yang mendapat perlakuan diskriminatif, melainkan juga warga pemegang kartu asuransi kesehatan (Askes). Seperti diungkapkan Rosma, seorang ibu rumah tangga yang bekerja sebagai guru di Kabupaten Konawe. "Saat itu, saya mengalami kecelakaan lalulintas yang membuat kepala saya terbentur di aspal serta robek pada dagu dan bibir sehingga harus dirawat intensif di RS Bahteramas selama lima hari," ungkap Rosma.

RS Bahteramas merupakan rumah sakit milik pemerintah provinsi Sulawesi Tenggara. Rumah sakit ini dibangun dengan konsep Garden Hospital dan direncanakan menjadi rumah sakit umum kelas B dengan kapasitas 500 tempat tidur. Tak heran RS ini dipersiapkan sebagai rumah sakit rujukan daerah lain di sekitar seperti Sulteng, Maluku dan Papua.

Kejadian tragis dialami Rosma terjadi Mei tahun 2013 silam. Nah, selama dirawat itulah ibu tiga anak ini mengaku banyak menemukan kejanggalan terkait pelayanan, mulai soal kamar yang tidak sesuai pertanggung jawaban askes, luka yang tidak dibersihkan, hingga perban yang tidak diganti selama lima hari. Tak hanya itu Rosma juga dihadapkan dengan tingginya harga obat.

"Ketika itu Kami benar-benar tidak lagi memikirkan soal harga, karena yang terpenting keselamatan ponakan saya dulu yang utama," kata Parman, paman korban yang mengurus

Rosma selama dirawat di RS Bahteramas.

Kepada wartawan, pria parobaya yang berdomisili di Kelurahan Puosu, Kecamatan Unaaha, Kabupaten Konawe ini bercerita panjang lebar, soal pengalaman buruknya berurusan dengan Rumah Sakit Bahteramas.

“Saya ingat, ponakan saya masuk RS Bahteramas pukul 9 pagi. Saat tiba di IGD tidak ada perawat yang menjemput. Saya terpaksa membopongnya sendiri ke ruang IGD,” ungkap Parman.

Di IGD Rosma tidak langsung ditangani, melainkan harus menunggu pengurusan administrasi terlebih dahulu. “Begitu juga saat membawa ponakan saya ke ruang radiologi untuk pemeriksaan kepala, saya harus mendorong sendiri kereta. Kami harus melewati selasar rumah sakit dengan basah kuyup karena atap yang bocor akibat diguyur hujan,” ungkap Parman.

Sayangnya, saat tiba di ruang radiologi, Parman hanya mendapati ruang kosong. “Pelayanan ruang radiologi telah tutup karena petugasnya telah pulang. Padahal saya sudah mendaftar dan membayar uang jaminan pemeriksaan di sana. Saya tidak habis pikir mereka tega membiarkan pasien terlantar,” kata Parman. Parman baru dilayani menjelang malam, tepatnya 14 jam setelah kecelakaan.

“Hari itu Saya benar-benar kecewa dengan pelayanan rumah sakit Bahteramas, terlebih mengetahui jika alat CT Scan di ruang radiologi tidak berfungsi karena mengalami kerusakan. Petugas medis terpaksa menggunakan rontgen untuk memeriksa kemungkinan kerusakan di kepala ponakan saya,” kata Parman.

Selain menyalahkan buruknya pelayanan di ruang radiologi, Parman juga menemukan kejanggalan saat

mengurus ruangan yang merupakan hak pasien. Sebagai PNS golongan tiga RW adalah pemegang kartu askes, artinya berhak mendapatkan ruang perawatan kelas satu (PNS golongan III). “Kepada saya petugas jaga bilang ruangan sudah penuh, tapi Saya tidak yakin,” kata Parman

Ia lalu mengecek papan informasi yang tertempel di dinding gedung. “Di papan itu saya melihat ada beberapa kamar yang belum terisi, bahkan ada satu kamar yang hanya dihuni satu orang pasien,” kata Parman.

Parman lantas mempertanyakan informasi yang tertera di papan informasi itu. Cepat-cepat perawat itu menjelaskan, jika kamar yang tidak terisi itu kondisinya kurang baik, AC tidak berfungsi dan tidak ada air, dan satu kamar lainnya sudah dipesan duluan oleh pasien lain. Untuk kamar yang hanya diisi satu pasien, si perawat beralasan tidak boleh digabung karena pasien tersebut mengidap penyakit dalam.

Tak habis akal Parman kemudian meminta solusi, si perawat lantas menawarkan bagaimana kalau saya mengambil ruang VIP anggrek hanya saja harus menambah uang sebesar 150 ribu per malam. “Saya terdiam dan kemudian bilang kok bisa seperti itu? Bukankah ponakan saya pengguna Askes yang artinya tidak dikenakan biaya penggunaan kamar,” tanya Parman.

Namun, pertanyaan Parman membuat perawat marah. Dengan ketus perawat perempuan itu meminta Parman membaca papan informasi yang telah dicetak berisi daftar aneka tarif ruangan termasuk mengenakan tarif ruangan bagi pengguna Askes. “Saya kembali bertanya selain vip ruang apalagi yang bisa dipakai? Perawat itu tidak menjawab dan malah sibuk facebook-an lewat handphone,” kata Parman dengan nada kesal.

Parman tak mau menyerah. Pria berkulit gelap itu meminta dibuatkan nota ke ruang kelas dua. Si perawat menyanggupi. Bermodal nota itu Parman mendatangi petugas jaga di ruang kelas dua. Sayangnya, 'setali tiga uang' dengan petugas kelas satu, petugas jaga di ruang kelas dua juga mengaku bahwa seluruh kamar telah terisi pasien.

Bahkan, perawat perempuan itu menyarankan agar Parman untuk kembali ke ruang anggrek. "Hak bapak untuk mendapat pelayanan di kelas satu jangan mau di kelas dua karena fasilitasnya berbeda jauh. Tidak ada AC, dan setiap kamar di isi tiga pasien. Jadi sebaiknya bapak kembali ruang anggrek dan minta hak bapak," kata petugas perawat itu. Masak tidak ada kamar di sana, Mereka itu bohong, tanyakan lagi ke sana pak," kata petugas itu kepada Parman.

"Saat mendengar itu, Saya diam saja dan malas meladeni karena saya benar-benar capek," kata Parman.

Pertengkaran kecil dengan beberapa perawat mewarnai hari-hari Rosma di RS Bahteramas. Dari soal air mapet hingga AC kurang berfungsi baik menjadi fenomena lumrah. Anehnya, tak ada petugas yang memperbaiki. Begitu pula ruangan pasien yang tidak disapu, dan sampah pasien dibiarkan menumpuk. "Mau mengeluh ke petugas tidak akan ada gunanya, karena pasti tidak akan digubris.

Parman mencatat, selama lima hari di rumah sakit, dokter hanya hadir tiga kali, sisanya dokter tidak masuk karena alasan libur. Selama dirawat Rosma ditangani dokter ahli syaraf. "Dokter datang menjelang siang, menanyakan keluhan dan membuat resep obat.

Lima hari di ruang anggrek RS Bahteramas, plaster penutup luka ponakan saya hanya sekali diganti, itu pun saat hendak meninggalkan RS dan setelah kami komplain berkali-

kali," kata Parman.

Puncak kekecewaan keluarga Rosma, saat mendengar pernyataan dokter yang akan melakukan bedah pada kepala Rosma. "Saat itu dokter membaca hasil foto rontgen dan menyatakan terdapat retakan di kepala saya dan harus segera di operasi. Tapi saya menolak untuk operasi di Kendari," ungkap Rosma.

Oleh keluarganya, Rosma lalu dibawa ke RS Wahidin Makassar, Sulawesi Selatan. Setelah ditangani dokter setempat, kepala Rosmawati ternyata tidak perlu dibedah. "Kata dokter tidak ada retakan di kepala saya sehingga tidak perlu dioperasi. Saya hanya tiga hari di RS Wahidin dan dibolehkan pulang ke Kendari dalam kondisi sehat," ujarnya.

Di RS Wahidin Makassar, Rosma mengaku mendapat pelayanan yang sangat baik dan ramah. Kondisi yang jauh berbeda saat ia dirawat di rumah sakit di Kendari. Buruknya pelayanan rumah sakit di Kendari, nampaknya menjadi alasan banyak warga memilih berobat ke Makassar, Sulawesi Selatan.

Kekecewaan tidak datang begitu saja tanpa alasan. Sebelumnya mereka telah berobat secara intens di rumah sakit lokal sampai mengeluarkan uang jutaan rupiah. Namun karena kesembuhan tak didapatkan, mereka mencoba berobat ke Sulawesi Selatan.

Nah, setelah berobat ke Makassar itulah kekecewaan muncul terhadap layanan kesehatan lokal "Kami baru sadar, jika layanan kesehatan lokal ternyata lebih buruk dari layanan kesehatan di rumah sakit di daerah anging mamiri," tambah Rosma.

KULTUR BIROKRASI FEODAL

Mutu layanan rumah sakit (RS) di Sultra yang belum

memenuhi standar pelayanan minimal mendapat perhatian dari Yayasan Pengembangan Studi Hukum dan Kebijakan (YPSHK) Sulawesi Tenggara, sebuah lembaga yang konsen melakukan advokasi kebijakan pelayanan kesehatan di Sultra, sejak 2005 silam.

Upaya pemerintah memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin dianggap hanya isapan jempol belaka. Sebab masih ada pasien yang sudah dalam kondisi sekarat sering dipersulit gara-gara masalah administrasi. Terlebih bagi masyarakat pengguna kartu Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat).

Bagi YPSHK, tak ada alasan bagi rumah sakit untuk tidak melayani pasien, apalagi pasien yang sudah masuk dalam kepesertaan jaminan kesehatan. Selain karena tuntutan Undang-undang juga standar operasional pelayanan (SOP) yang berlaku di setiap rumah sakit, serta sumpah jabatan bagi para dokter.

“Seharusnya, di negara ini, pasien UGD itu diutamakan lebih dulu, bukan malah mempersulit dengan berbagai alasan,” kata Yusuf Talamma.

Menurut Yusuf Talamma, kondisi seperti itu harus diperhatikan pemerintah. Praktik kesenjangan kesehatan disebabkan masih banyaknya RS yang tidak mengikuti standar pelayanan minimal yang memiliki akreditasi, baik kualitas layanan, sumber daya manusia dan fasilitas alat-alat medis. “Inilah yang harus dikaji kembali. Apakah semua RS sudah memenuhi standar atau belum, dan apa sanksinya jika ada RS yang tidak memenuhi standar tersebut,” tanya Yusuf.

Ia mengatakan, buruknya pelayanan kesehatan saat ini akibat tidak adanya badan pengawas di RS. “Keberadaan badan pengawas sangat penting untuk mengawasi proses

pelayanan kesehatan yang dilakukan RS terhadap pasiennya, terutama bagi masyarakat miskin,” ujarnya.

Kata Yusuf, masih saja banyak petugas kesehatan yang melanggar SOP dan sumpah jabatannya. Hal ini terkait budaya feodal yang belum hilang dari birokrasi, karena terbiasa mendapatkan manfaat/keuntungan dari situasi sistim yang buruk itu. Budaya ini mengakibatkan reformasi birokrasi tidak berjalan dan berdampak banyaknya program rakyat yang gagal dijalankan.

“Fakta yang banyak terjadi di birokrasi adalah, bukannya membantu menyukseskan program, tetapi sebaliknya justru berusaha menggagalkan program kesehatan itu sendiri. Misalnya, banyak petugas medis yang masih melihat pasien BPJS sebagai “pasien gratisan” sehingga hanya dilayani seadanya.

Padahal gaji para pelayan rumah sakit ini dibayarkan dari iuran para peserta jaminan sosial. Kondisi ini akan berdampak serius pada usaha pencapaian program Jaminan Kesehatan Nasional,” ujarnya.

Sekretaris Dinas Kesehatan Provinsi Sultra, Barwik Sirait, turut prihatin dengan pelayanan kesehatan di sejumlah rumah sakit dan puskesmas yang tersebar di wilayah Sultra yang belum maksimal. Hal ini disebabkan minimnya jumlah tenaga medis, baik dokter umum maupun spesialis.

Beberapa upaya dilakukan untuk perbaikan derajat kesehatan saat ini terus dilakukan seperti pembangunan Puskesmas dari 172 unit tahun 2007 menjadi 252 unit tahun 2012. Jumlah rumah sakit juga bertambah dari 21 unit menjadi 25 unit. Tenaga dokternya juga demikian, dari 202 menjadi 429 dokter.

Menurut Barwik, selain dokter, Sultra juga masih

mebutuhkan perawat ahli dan tenaga farmasi, sebab idealnya dalam satu puskesmas atau rumah sakit terdapat asisten apoteker. Namun, tenaga sanitasi dan gizi di Sultra sudah sesuai kebutuhan. Pemerintah juga terus meningkatkan perbaikan kesejahteraan petugas medis.

Ia mengatakan, insentif dokter PTT pada daerah terpencil sebesar Rp5 Juta per bulan, tetapi biasanya juga pemerintah daerah memberikan tambahan honor, seperti Pemerintah Kabupaten Wakatobi akan memberikan insentif dokter ahli sebesar Rp 17,5 juta per bulan.

“Kami terus berusaha meningkatkan mutu pelayanan dengan menyiapkan tenaga dokter spesialis dan didukung peralatan modern. Demikian juga masalah lingkungan akan terus dilakukan penghijauan,” kata Barwik Sinaga.

Memang sangat disayangkan, buruknya pelayanan rumah sakit di Sultra, tentu menjadi ancaman bagi suksesnya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di daerah ini.

Kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kendari membenarkan. “Salah satu kunci suksesnya program JKN adalah soal pelayanan prima dari rumah sakit. Nah, kalau pelayanannya buruk maka adalah ancaman bagi terselenggaranya JKN di Sultra,” kata Diah Eka Rini SSi, APT, AAK.

Meski begitu, Ia optimis penyelenggaraan program Kesehatan di Sultra akan berjalan sesuai rencana. Hingga April 2014 data kepesertaan BPJS Kesehatan di Sultra mencapai 1.267.795 orang. Peserta BPJS Kesehatan ini berasal dari sejumlah jenis kepesertaan seperti eks Jamsostek, Askes, Jamkesmas, Jamkesda hingga pekerja mandiri di seluruh kabupaten kota.

BPJS selaku penyelenggara JKN merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan

sosial di Indonesia menurut Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia yaitu lembaga asuransi jaminan kesehatan PT. Askes Indonesia menjadi BPJS Kesehatan dan lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan PT. Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Transformasi PT Askes dan PT Jamsostek menjadi BPJS dilakukan secara bertahap. Pada awal 2014, PT Askes akan menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada 2015 giliran PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan.

Namun, fenomena buruknya kondisi pelayanan kesehatan di Sultra seolah memperlihatkan pada publik jika BPJS bukanlah eksekutor dalam program JKN, tetapi tidak lebih sebagai fasilitator yang membayar jasa kesehatan masyarakat. Hasil evaluasi YPSHK ditemukan masih ada setengah dari 2,7 juta jumlah penduduk Sultra yang belum terdaftar dalam kepesertaan BPJS Kesehatan. Ironisnya, waktu yang dibutuhkan tinggal lima tahun dari target pemerintah tahun 2019 harus 100 persen warga negara masuk.

Bagi YPSHK program BPJS adalah program pro rakyat yang sejatinya harus dijalankan dengan betul oleh pemerintah. Namun melihat masih kurangnya kepesertaan warga di BPJS menunjukkan pemerintah di Sultra belum bersungguh-sungguh menjalankan program tersebut.

“Saya kira cakupan 1,2 peserta BPJS di Sultra saat ini masih sangat kurang dan saya menganggap Dinkes Sultra tidak sungguh-sungguh menjalankan program JKN, karena pemerintah bertanggungjawab atas regulator jaminan kesehatan,”kata Yusuf Talamma.

Kurangnya promosi dari penyelenggara BPJS maupun

pemerintah menjadi problem tersendiri di program JKN di daerah ini. “Adalah kewajiban BPJS untuk mengcover seluruh warga, terutama pekerja informasi yang notabene dari kelompok masyarakat yang rentan jatuh miskin karena jumlahnya mayoritas melapisi masyarakat kita. Pekerja sektor informal ini rentan jatuh miskin, karena pendapatan tidak menentu, tidak adanya ikatan kerja dan tidak adanya jaminan perlindungan sosial,” katanya.

LAMPUNG

BENARKAH JKN REFORMATIF?¹

GATOT ARIFianto

Anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) Djoko Sungkono menyebutkan Indonesia sedang melaksanakan suatu sistem penyelenggaraan jaminan sosial yang reformatif melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Djoko saat dihubungi dari Bandarlampung, Rabu, menjelaskan, reformasi penyelenggaraan jaminan sosial yang sedang dilakukan itu terlihat dua dari dua hal. “Pertama, program jaminan sosial yang kita sedang bangun berprinsip asuransi sosial. Dalam asuransi sosial, kepesertaan bersifat wajib dan membayar iuran. Lalu yang kedua adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan yang diamanatkan untuk menyelenggarakan program jaminan sosial,” katanya.

“Badan tersebut berstatus badan hukum publik, yang berbeda dengan badan berbentuk persero, mempunyai tugas dan wewenang untuk memperluas kepesertaan dan

1 Tulisan sudah pernah dipublikasikan di <http://www.antaralampung.com/berita/273466/perlu-terus-sosialisasikan-jaminan-kesehatan-nasional>

meningkatkan manfaat jaminan sosial,” ujarnya lagi.

Berkaitan dengan itu, pihaknya merasa perlu meningkatkan pemahaman berbagai pihak tentang implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). “Di tahun lalu kita, Friedrich Ebert Stiftung atau FES dan DJSN telah menyelenggarakan kegiatan serupa di Kota Pontianak, Jambi dan Mataram tentang bagaimana BPJS itu bekerja. Apa yang menjadi tugas dan kewenangan BPJS dalam menyelenggarakan program jaminan sosial sebagaimana yang diamanatkan oleh UU SJSN dan UU BPJS,” ujarnya.

Adapun di tahun ini, kegiatan serupa sudah digelar di Bandar Lampung bekerjasama dengan Aliansi Jurnalis Independen (AJI) setempat. “Dalam hitungan hari, kita akan memasuki era baru, era SJSN. DJSN sebagai lembaga yang khusus diamanatkan oleh UU SJSN untuk mensinkronisasikan SJSN ini,” kata Djoko yang berharap para jurnalis Lampung untuk turut mencatat fakta SJSN yang terjadi di lapangan.

Ia selanjutnya menambahkan, pembentukan BPJS merupakan wujud nyata dari tekad pemerintah menjalankan amanat konstitusi dalam Pasal 28H ayat (3) Undang-Undang Dasar 1945 dimana setiap orang memiliki hak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia bermartabat.

Pasal 34 ayat (2) UUD 1945, demikian Djoko menambahkan, mewajibkan negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat, yang diwujudkan dengan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dalam bentuk jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan.

“Melalui program ini setiap penduduk diharapkan dapat memperoleh perlindungan sosial yang layak apabila terjadi

hal-hal yang dapat mengakibatkan berkurang atau hilangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan serta memasuki usia lanjut,” ujarnya.

PERLU TERUS SOSIALISASIKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Program Jaminan Kesehatan Nasional perlu disosialisasikan secara kontinu tanpa meninggalkan transparansi anggaran, kata Ketua Komisi Informasi Lampung Juniardi di Bandarlampung, Sabtu (3/5). “Saya berharap program itu bisa memberikan hak seluruh lapisan masyarakat atas jaminan kesehatan,” ujarnya.

Ketua Informasi Provinsi Lampung itu mengatakan pernah mendengar program tersebut namun sangat kurang sosialisasi. Ia juga menilai program yang ditangani oleh Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) itu belum terintegrasi antarinstansi yang terlibat sehingga sosialisasi sporadis tidak terstruktur dengan baik. “Saya setuju dengan sistem gotong royong dalam JKN asalkan ada transparansi dalam pengelolaan, perbaikan pelayanan di BPJS maupun rumah sakitnya,” kata dia.

Juniardi menegaskan, gotong royong merupakan sebuah usaha atau pekerjaan yang dilakukan bahu membahu atau bersama untuk mewujudkan hal yang bermanfaat untuk kepentingan bersama pula. Karena itu, harus ada kesamaan gerak langkah instansi terkait dan komitmen bersama untuk memberi yang terbaik serta transparan dalam pengelolaan anggaran dihasilkan dari iuran masyarakat. “Implementasi Pancasila melalui JKN yang diselenggarakan BPJS bisa diwujudkan tapi mungkin butuh waktu,” ujar dia lagi.

Menurut Juniardi, Pancasila sebagai nilai-nilai luhur

yang harus dilestarikan oleh seluruh komponen masyarakat Indonesia. "Nilai-nilai tersebut pula yang menyatukan sehingga terwujudnya Bhinneka Tunggal Ika. Kalau implementasinya belum sempurna, belum berjalan dengan baik, misalnya sila ke lima yang berbunyi: 'Keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia', bahkan cenderung menjauh untuk saat ini. Saya berharap JKN lebih tersosialisasikan dengan baik, memberi pelayanan prima kepada masyarakat serta transparan dalam pengelolaan dana," ujar Juniardi.

PESERTA BPJS LAMPUNG 3,8 JUTA ORANG

Keikutsertaan masyarakat Lampung pada program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ternyata tinggi, yakni hampir mencapai empat juta jiwa, ujar Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Lampung Aries Aviantono.

Aries di Bandar Lampung, Jumat menjelaskan, Pemerintah Provinsi Lampung pada tahap awal (merujuk data 14 Februari 2014) mencatat peserta sebanyak 3.815.121 jiwa, yang terdiri dari PNS/Pensiunan TNI/Polri/Veteran sebanyak 417.121 jiwa. Mereka itu berasal dari Jamkesmas sebanyak 3.087.541 jiwa. TNI/POLRI sebanyak 20.671 jiwa. Kemudian dari peserta Jamsostek sebanyak 41.627 jiwa, lantasi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dari kabupaten/kota eks Jamkesda) sebanyak 236.219 jiwa.

"Adapun peserta baru yang mendaftar secara aktif di kantor BPJS cabang Kotabumi sebanyak 11.711 jiwa, BPJS cabang Metro sebanyak 17.920 jiwa dan BPJS cabang Bandar Lampung sebanyak 16.288 jiwa," kata Aries menjelaskan.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah suatu program bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk

Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. “Program jaminan kesehatan itu diselenggarakan oleh BPJS yang dibentuk dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Pasal 5 ayat 1,” katanya.

Berkaitan dengan program berlangsung mulai 1 April 2014 tersebut, Pemerintah Provinsi Lampung menyiapkan sarana pelayanan kesehatan untuk mendukung kelancaran program tersebut, seperti membangun tujuh Puskesmas dan satu peningkatan Puskesmas perawatan di PKM Panjang Bandarlampung pada 2012. Lantas membangun Rumah Sakit di Jatiagung Lampung Selatan (sedang berproses tahap 1 tahun 2013). Kemudian pembangunan lima Puskesmas rawat inap pada 2013. Kemudian mengadakan satu unit mobil radiologi, satu unit mobil recovery room, satu unit mobil mini bus, satu unit mobil operasional petugas, 1 dan satu unit mobil ambulan pada 2013.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) pada 2010, jumlah penduduk Provinsi Lampung sebanyak 7.608.405 jiwa, bertempat tinggal di perkotaan sebanyak 1.955.225 jiwa atau 25,70 persen dan di daerah perdesaan sebanyak 5.653.180 jiwa atau 74,30 persen. Pada September 2012, BPS mencatat jumlah penduduk miskin di Lampung berjumlah 1.218.990 jiwa atau sebesar 15,65 persen.

MAMUJU

PESERTA BPJS KESEHATAN KELUHKAN PELAYANAN RSUD MAMUJU¹

RAHMAT

KBRN, Mamuju, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan jawaban pembiayaan masalah kesehatan yang selama ini dikeluhkan masyarakat yang dianggap mahal, apalagi masyarakat miskin. Sehingga kehadiran BPJS dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini dapat membantu masyarakat dalam berobat sehingga betul-betul bermanfaat.

Namun, kehadiran BPJS Kesehatan belum berjalan dengan maksimal. Khususnya di Kabupaten Mamuju yang bekerja sama dengan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Mamuju, karena masih sering menjadi keluhan pasien, terutama pasien ruang kelas 3.

Peserta BPJS Kesehatan sering mengeluhkan tentang keterbatasan ketersediaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai (BMHP) yang ada di RSUD Mamuju, sehingga resep yang diberikan oleh dokter yang seharusnya tersedia di apotek rumah sakit, namun pasien terpaksa

1 Tulisan sudah dipublikasikan di *RRI.co.id*, 6 April 2014.

membeli obat di apotek luar.

Salah seorang keluarga peserta BPJS Kesehatan di RSUD Mamuju yang ada di perawatan kelas 3, Sudirman, mengeluhkan kekurangan obat di RSUD Mamuju. Ia mengaku selama berada di rumah sakit, resep yang diberikan dokter tidak tersedia di apotek rumah sakit, sehingga dirinya sering membeli di apotek luar.

“Selama saya di rumah sakit, saya telah mengeluarkan uang untuk membeli obat di apotek luar sekitar satu juta rupiah,” ungkap Sudirman, Minggu (6/4/2014).

Ketika dikonfirmasi, Direktur RSUD Mamuju, dr. Titin Hayati mengatakan, kekurangan obat yang sering terjadi di RSUD Mamuju dikarenakan proses tender belum dilakukan, dan obat yang masih ada di rumah sakit merupakan sisa obat di tahun 2013.

“Sulit mengantisipasi kekurangan obat yang ada di rumah sakit, meski kami juga telah melakukan peminjaman obat kepada Dinas Kesehatan, namun Dinas Kesehatan Mamuju juga memiliki keterbatasan obat, sementara rumah sakit juga tidak memiliki uang operasional yang dapat diberikan kepada pasien untuk membeli obat,” ungkap dr Titin.

Ia menjelaskan, apotek luar juga tidak mau bekerja sama dengan rumah sakit jika obat yang diambil tidak dibayar tunai.

“Kami juga melakukan pinjaman uang kepada kas daerah pada bulan Januari sebanyak Rp 50 juta, namun uang tersebut tidak mencukupi, sementara kas daerah terbatas untuk melakukan pinjaman uang,” katanya.

Ia menambahkan, obat yang dibeli pasien di apotek luar akan diganti oleh pihak rumah sakit setelah uang operasional dari BPJS Kesehatan diberikan kepada rumah sakit. Hal yang sama disampaikan Bupati amuju, Drs H. Suhardi Duka, bahwa

pengadaan obat di RSUD Mamuju sering menjadi masalah karena pengadaan obat di rumah sakit tersebut menggunakan sistem tender, dan tidak dapat dilakukan pengadaan langsung.

MAMUJU PERUSAHAAN SAWIT MATRA DAN MATENG BELUM DAFTARKAN KARYAWANNYA BPJS¹

ANHAR

Kepala BPJS cabang Mamuju Hartati Rachim, SE, AAAK, menerangkan jika sejumlah perusahaan belum terintegrasi ke dalam BPJS.

“Sejumlah perusahaan belum mendaftarkan sebagai anggota peserta BPJS, padahal itu kewajiban setiap perusahaan, seperti perusahaan sawit Astra Group, PT. Unggul, dan lainnya, kami berharap mereka segera terintegrasi karena kewajiban perusahaan untuk tenaga kerja, jika dulu masih Jamsostek sekarang semua sudah harus beralih dan terdaftar sebagai peserta BPJS,” kata Hartati saat ditemui di ruang kerjanya.

Lanjut Hartati menjelaskan jika ada sanksi bagi perusahaan yang tidak terdaftar sebagai peserta BPJS yaitu sampai pada pencabutan izin usaha, dilarang mengikuti lelang, hingga tidak diperkenankan masuk ke penyediaan jasa.

¹ Tulisan sudah dipublikasikan malaqbi.com Mamuju, Sulawesi Barat, 20 April 2014

Informasi yang diperoleh dari kantor BPJS bahwa dari 64 badan usaha atau komunitas yang ada di kabupaten Mamuju, Mamuju Tengah, dan Mamuju Utara, baru ada 12 yang telah terintegrasi dengan BPJS dengan total seluruhnya 585 orang yang terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Sementara dari pantauan langsung malaqbi.com atas situasi karyawan beberapa sektor kerja pada perusahaan berskala besar yang mengelola kelapa sawit sebagai Buruh Harian Lepas (BHL) itu belum menerima jaminan kesehatan, baik yang dulunya Jamsostek ataupun saat ini sebagai peserta BPJS.

Informasi yang dihimpun dari seorang pekerja yang enggan namanya dituliskan bahwa ia bekerja mempunyai resiko besar dan jam kerja yang lebih. Namun, tidak mengetahui jika ada jaminan kesehatan dan hanya bekerja mengejar upah.

“Saya dengan teman-teman itu kerjanya bahaya karena sebagai buruh panen dan angkut buah yang bisa saja tertimpa buah atau kena sabetan alat panen, kami tidak ada jam kerja tetap ataupun libur khusus, kami bekerja memenuhi target dan kejar masa panen agar buah tidak busuk bahkan biasa kami pulang jika sudah gelap, soal adanya jaminan kesehatan saya tidak tahu, kalau sakit beli obat saja dan istirahat,” ujarnya.

Sementara di tempat terpisah di rumahnya, seorang pekerja inisial M kepada malaqbi.com menuturkan jika mengharap kesejahteraan lebih pada perusahaan itu tidak cukup, apalagi jaminan kesehatan, meskipun ia tetap mensyukuri apa yang ada.

“Meski posisi saya mandor agak lumayan daripada BHL dan telah bekerja 3 tahunan tapi jika ingin mendapatkan kesejahteraan lebih itu masih jauh, soal kesehatan kami hanya mendapatkan layanan di rumah sakit yang ada, tapi jika ada yang sakit parah biasa dirujuk ke Makassar karena disana ada

layanan kesehatan perusahaan,” terangnya.

Sementara data yang diperoleh dari Sekertaris Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi kabupaten Mamuju, masih tercatat data Kabupaten Mamuju Tengah yang baru menjadi daerah otonom baru itu ada 8.736 orang tenaga kerja per 31 Desember 2013.

“Berdasarkan undang-undang Nomor 7 Tahun 1981 itu wajib lapor perusahaan, per 31 Desember 2013 jumlah perusahaan 1.030 dengan jumlah 8.736 orang tenaga kerja. Tenaga kerja yang terdaftar di Jamsostek yang kini BPJS ada 1.294 orang tenaga kerja,” papar Sutoro Rais, S.Sos.

Saat dikonfirmasi kesalah satu pihak perusahaan Astra Group yang ada dikabupaten Mamuju Tengah, melalui humas PT. Surya Raya Lestari II dan PT. Bhadra Sukses menuturkan bahwa seluruh tenaga kerjanya telah terdaftar sebagai peserta BPJS, namun setelah diberitahu atas keterangan kepala BPJS bahwa belum terdaftar ia pun menjawab akan mengkomunikasikan lebih lanjut kepihak HR (Human Resource) perusahaan.

“Kalau kesehatan itu kami semua telah dijamin, kalau untuk BPJS nanti saya sampaikan ke pihak HR, kayaknya kemarin itu belum dicairkan anggarannya jadi menunggu cair dulu,” tutup Muh. Tugiran dengan tergesa-gesa.

MAMUJU

Pelayanan Peserta JKN di RSUD Mamuju

MEMANG, ORANG MISKIN DILARANG SAKIT!

MUHAMMAD SHOLIHIN

U ngkapan orang miskin dilarang sakit dirasakan Abd Malik (40). Warga Desa Botteng Kecamatan Simboro ini harus berjuang keras untuk mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Mamuju, Sulawesi Barat.

Masuk sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan status penerima bantuan iuran (PBI) tak membuat ayah dari enam anak itu tenang menjalani perawatan di RSUD Mamuju. Pasalnya, ia harus mengeluarkan biaya hingga ratusan ribu rupiah setiap hari untuk membeli obat di apotek.

“Rata-rata saya harus mengeluarkan biaya hingga Rp 150 ribu per hari untuk membeli keperluan obat di luar rumah sakit. Obat yang saya beli biasanya ada empat jenis,” kata Abd Malik, Minggu 6 April. Luka yang diderita akibat kecelakaan lalu lintas petani kakao asal Desa Botteng itu memang cukup serius. Ia terpaksa harus menjalani rawat inap hingga beberapa hari.

1 Naskah sudah pernah dipublikasikan di *Harian Rakyat Sulbar*, 7 April 2014.

Meski tak mengeluarkan ongkos untuk kamar perawatan. Namun biaya pembelian obat hingga ratusan ribu itu ia rasakan sangat berat jika dibandingkan pendapatannya sebagai petani kakao yang tak menentu. Apalagi belakangan ini, kakao yang ia andalkan untuk menghidupi keluarganya diserang hama.

“Ya sangat berat lah, pendapatan saya tidak menentu bahkan belakangan ini kakao saya tidak panen karena hama. Belum lagi saya harus memikirkan enam anak saya yang masih usia sekolah,” keluh pria tamatan sekolah dasar pada salah satu SD di Mamuju.

Kisah yang dialami Abd Malik juga dirasakan pasien lainnya. Salah satunya Sri Rahayu (20), pasien yang tercatat sebagai peserta JKN mandiri itu terpaksa membeli dua jenis obat di luar rumah sakit, padahal ia hanya menjalani perawatan jalan. Mereka menuntut kepada pihak pengelola rumah sakit untuk mengganti biaya pembelian obat. Sayangnya harapan itu sulit terwujud.

Direktur RSUD Mamuju dr Titin Hayati mengaku tidak memiliki anggaran khusus untuk biaya penggantian obat yang dibeli pasien. “Awal tahun kemarin ada anggarannya sebesar Rp 25 juta untuk mengganti biaya pembelian obat. Tapi dana itu habis sebelum masuk bulan Februari, sehingga saya tidak bisa memastikan ada penggantian biaya beli obat bagi peserta JKN,” terang dr Titin.

Bukan hanya itu, pasien yang hendak berobat di RSUD Mamuju juga diminta bersabar karena stok obat hingga memasuki semester kedua tahun ini belum normal. Itu artinya, pasien harus menyiapkan uang untuk membeli obat di apotek, tak peduli pasien peserta JKN atau umum.

“Kondisi ini karena proses tender yang menggunakan sistem e-catalog sangat lama. Kami berupaya bekerjasama

dengan pihak apotek swasta, namun mereka tidak mau kalau sistem barter, sementara saat ini kami tidak punya anggaran khusus. Kami tidak bisa berbuat apa-apa,” aku dr Titin.

Saat dikonfirmasi, Bupati Mamuju Suhardi Duka mengakui, sistem pengadaan obat menjadi masalah utama. Akan tetapi ia menekankan kepada pihak rumah sakit mengganti biaya pembelian obat bagi pasien peserta JKN.

Masalah kedua, sambung bupati dua periode itu, setelah hadir Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan selaku pelaksana JKN, tren perawatan di RSUD Mamuju meningkat. Dengan demikian, perkiraan anggaran untuk obat dengan mengacu pada tahun anggaran 2013 tidak sesuai.

“Hal ini yang menjadi pemicu terjadi diviasi pelayanan di RSUD. Tapi kami komitmen terus menekan hal itu, dengan penambahan anggaran untuk kesehatan,” kata bupati.

Kepala BPJS Cabang Mamuju Hartati Rachim saat ditemui mengaku, akan meningkatkan kerjasama dengan pihak RSUD Mamuju. Termasuk terkait biaya obat yang harus dibeli pasien peserta BPJS.

“Intinya adalah BPJS dan rumah sakit sama-sama memiliki peranan penting. Terkait kasus pasien yang membeli obat, tentu kami akan langsung menemui pihak rumah sakit untuk konfirmasi dan pemecahan masalah,” kata Hartati.

Kepada peserta BPJS, Hartati berpesan, agar tidak ragu melapor jika ada pelayanan kesehatan yang tidak maksimal. Ia berjanji langsung menindaklanjuti.

NTB

SJSN MASIH BELUM BERSAHABAT BAGI SI MISKIN¹

MUHAMAD KASMIN

SJSN Masih Belum Bersahabat Bagi Si Miskin (Catatan penerapan UU SJSN di Kota Mataram) Berlakunya UU Sisten Jaminan Sosial Nasional (SSJN) sejatinya merupakan tanggung jawab negara untuk mewujudkan hak konstitusional warga Negara atas jaminan sosial dan hak atas penghidupan yang layak.

Kendati demikian dalam pelaksanaannya, masih saja ditemui kenyataan miris, masyarakat miskin yang hanya menjadi penonton dan sulit menjangkau layanan yang menjadi hak dasar mereka.

Tatapan mata Lalu Fahriddo (3) sayu, seolah terbebani tumpukan masalah sedang dipikulnya. Langkahnya berat, mungkin seberat penyakit dideritanya. Senyum pun tak ada, dia hanya bersembunyi di balik pelukan neneknya. Tak ada sedikit pun suara dikeluarkan, melainkan rintih di balik pakaian lusuh.

Dalam keadaan sakit, semestinya Fahri bisa seperti anak-

¹ Tulisan sudah dipublikasikan di *Suara NTB*, 27 Januari 2014.

anak lain yang dibawa orang tua mereka berobat ke klinik dan bahkan dokter spesialis. Menerima pelayanan kesehatan gratis, dengan modal kartu jaminan kesehatan. Sayangnya, itu tidak berlaku bagi Fahri. Diusianya yang masih belia, tak ada kartu kesehatan dimiliki, melainkan penyakit akut mengancam jiwanya.

Fahri mungkin hanya sebagai contoh kecil masyarakat yang belum merasakan jaminan kesehatan yang dijanjikan oleh pemerintah dan mulai diberlakukan 1 Januari lalu. Semestinya, bocah malang ini, sudah bisa mendapatkan berkah dari kebijakan pemerintah tentang penerapan jaminan kesehatan nasional sudah lama dirindukan rakyat negeri ini. Namun ibarat pungguk merindukan bulan, Fahri yang berasal dari keluarga miskin masih harus bermimpi mendapatkan pelayanan kesehatan gratis yang sudah dijanjikan negara.

Hernia, penyakit ini yang bersarang di kemaluan bocah yang ditinggal bercerai orangtuanya. Semenjak orangtuanya pisah ranjang dan memilih berangkat ke Arab Saudi, menjadi Tenaga Kerja Wanita (TKW) beberapa tahun yang lalu, Fahri diasuh oleh neneknya. Sementara, Ayah Fahri, Lalu Sapriawan pun hanya berprofesi sebagai tukang ojek, berpenghasilan tidak menentu, hingga kini masih bergelut dengan persoalan mendasar, persoalan bagaimana mengisi kantong beras dan belanja sekolah anak-anaknya.

Ketika Suara NTB berkunjung di kediaman Nenek Fahri, Sabtu (20/1) di Lingkungan Pandan Salas, Kelurahan Mayura, Cakranegara. Nyaris tidak ada yang istimewa, rumah berukuran 3x6 meter ini bersekat dua kamar, hanya terbuat dari bedek berlantai semen. Plafon rumah dengan bahan sama, sudah rusak parah.

Fahri terlihat berbaring dilantai tanpa kasur. Sekujur

tubuhnya dipenuhi penyakit kulit. Spontan, ia menangis dan bersembunyi dibalik pelukan Safinah ketika melihat wartawan menemuinya. Nenek Fahri, Safinah menceritakan cucu bungsunya telah lama menderita penyakit Hernia.

Diakui, Fahri saat itu masih berusia 10 bulan, sempat dibawa berobat ke RSUD Kota Mataram dan dirawat selama empat hari. Namun, perkembangan penyakit diderita Fahri tak kunjung membaik.

Akhirnya, dokter meminta Fahri untuk dioperasi, karena bagian kelaminnya terjadi pembekakan. Praktis, Safinah terkejut dan terkulai lemas, "Saya tidak tahu mau berbuat apa - apa dan hanya pasrah saja," ungkapnya dengan tatapan nanar.

Dikatakan, selama empat hari di RSUD Mataram, Fahri membutuhkan infus dan darah. Yang membuat neneknya miris, betapa sulitnya memperoleh darah ketika harus membeli darah di Palang Merah Indonesia (PMI), darah tak didapat dengan alasan stock tidak ada.

Akhirnya, berkat rujukan dari dokter, ia kemudian diberikan satu kantong darah. "Saya ndak dikasih beli darah, karena dokternya langsung ngomong, terus saya dikasih," tutur.

Safinah sambil mengusap keringat yang memenuhi wajahnya. Diakui Safinah, Fahri harus dioperasi dan membutuhkan biaya Rp 5 juta. Untuk biaya berobat saja sambungnya, harus membayar Rp 300 ribu, itu pun hasil berhutang dari tetangga dan anaknya. Lantas, karena tidak punya biaya, Safinah memilih membawa cucunya pulang, meski belum sembuh. "Kita mau cari uang dari mana, makan saja susah," ungkapnya.

Apakah Fahri memiliki kartu Jamkesmas atau Jamkesda

dan bahkan masuk dalam BPJS? Safinah hanya menggelengkan kepala. Pasalnya, jangankan mengenal BPJS yang baru diluncurkan oleh pemerintah 1 Januari yang lalu.

Kartu jaminan kesehatan lainnya saja, tidak pernah dirasakan. Ia menambahkan semenjak dua tahun lalu Fahri diminta dioperasi, Safinah tidak pernah memeriksa kesehatan cucunya lagi. Alasannya sederhana, penghasilannya sebagai buruh cuci dengan penghasilan Rp 10 hingga 15 sehari, tidak mampu menanggung biaya operasi yang kian menyekik masyarakat miskin.

Diakhir pembicaraan, dengan polos Safinah meminta kepada pemerintah agar Fahri bisa diperhatikan khususnya penyakit dideritanya. "Saya tidak punya harapan banyak, yang penting Fahri sembuh," ujarnya sambil mengusap bulir kristal dipelupuk matanya.

Ditemui terpisah, Humas RSUD Kota Mataram, Ridwan Hakim mengatakan aturan atau mekanisme terhadap pelayanan BPJS, pihaknya telah melakukan sosialisasi kepada pasien. Baik itu peralihan kartu Jamkesmas atau Jamkesda ke BPJS.

Ditambahkan, secara birokrasi pihaknya sebagai rumah sakit rujukan, dan yang pro aktif adalah puskesmas, "Seharusnya yang pro aktif itu puskesmas, kita hanya menerima rujukan saja," akunya.

Terkait dengan penanganan Fahri, pihaknya merawat terlebih dahulu dan keputusan untuk melakukan tindakan pada tahap operasi, harus menunggu keputusan dari tim dokter yang menangani.

Ketua Komisi II DPRD Kota Mataram, Nyayu Ernawati mengatakan ketidaktahuan masyarakat tentang program BPJS, membuat masyarakat takut untuk berobat. Padahal sudah

kelas, bahwa dengan adanya anggaran Rp 5,9 miliar di APBD 2014. Masyarakat kota Mataram dilayani kartu BPJS. “Saya tidak mau lagi ada masyarakat tidak terlayani kesehatannya,” tegasnya.

Menurut Nyayu persoalan mendapatkan kartu BPJS, tentunya melalui mekanisme yang harus dilalui, tetapi, ia meminta kepada RSUD kota Mataram, meskipun pasien tidak memiliki kartu jaminan kesehatan, harus dilayani. Karena masalah kesehatan lanjut Nyayu, sudah menjadi hak dasar masyarakat. Nyayu meminta kepada pemerintah untuk pro aktif melayani masyarakat yang belum tercover kartu jaminan kesehatan.

Sementara itu, Kepala BPJS Cabang Mataram melalui Kepala Pemasaran BPJS Kota Mataram, Sri Wahyuni mengatakan masyarakat miskin yang tidak memiliki kartu jaminan kesehatan, secara otomatis harus mengurus BPJS.

Prosedurnya, masyarakat meminta rekomendasi kepada Dinas Kesehatan setempat, kemudian pihaknya akan mencetak kartu BPJS sesuai klaster, “Kita disini hanya mencetak kartu saja, urusan lainnya ada di instansi terkait,” kata Sri

Apakah tidak ada alternatif untuk mempermudah masyarakat kecil, melihat prosedural rumit? Sri mengatakan di masing - masing RSUD milik pemerintah, pihaknya telah menyiapkan pelayanan, tapi hanya untuk registrasi. Dan pelayanan lainnya harus tetap di kantor cabang, karena semua menggunakan sistem komputerisasi atau online.

Belakangan semenjak media massa gencar memberitakan buruknya pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada masyarakat tidak mampu seperti Fahri, rumah sakit dan pemerintah, baru gencar memberikan perhatian. Fahri kemudian dioperasi dan keluarganya bisa bernafas lega.

NTB

Buruh Kebersihan dan Jaminan Kesehatan

BERDOA JANGAN SAKIT, AWAM SOAL JAMINAN KESEHATAN¹

RIRIN FITRIANA

Kebersihan Kota Mataram tidak bisa dilepaskan dari peran pasukan kuning, pasukan hijau dan biru. Nasib para buruh ini juga harus diperhatikan, terutama dari sisi jaminan kesehatan maupun keselamatan kerjanya.

Azan Subuh baru saja usai dikumandangkan. Johariyah, 40 tahun, siap memulai hari-harinya. Sebagai tenaga kebersihan, jam kerja Johariyah dimulai pasca Subuh berlalu. “Saatnya kerja,” kata Johariyah sambil menenteng sapu lidi di tangan. Selepas menunaikan ibadah wajib shalat Subuh, ibu dari lima putra dan dua putri ini mulai bertugas menyapu jalan di depan eks kantor Bupati Lombok Barat Jalan Sriwijaya, Mataram.

Pagi itu, jam kerjanya memang tidak panjang. Tugasnya kembali dilanjutkan mulai pukul empat hingga enam sore. Di luar rutinitas wajibnya, Johariyah yang telah menjadi tukang sapu sejak 1985 ini tidak bisa berleha-leha. Ia masih harus

1 Tulisan sudah pernah dipublikasikan di *Radar Mandalika NTB*, 30 Desember 2013

mengais rejeki dengan mengumpulkan aneka barang bekas.

“Ya lumayan untuk nambah-nambah uang kuliah dan sekolahnya anak-anak walaupun harus jadi pemulung,” kata wanita asal Pancor, Lombok Timur ini.

Tidak beda jauh, rutinitas Hamid, 35 tahun. Bedanya hanya diwarna seragam yang dikenakannya. Hamid adalah bagian dari pasukan biru yang dinaungi Dinas Pekerjaan Umum (PU) Kota Mataram. Kesamaannya, jam kerja para buruh ini tidak dipatok selayaknya pegawai negeri sipil (PNS).

Pagi di saat para PNS bisa duduk manis di dalam ruangan berpendingin, Hamid dan Johariyah harus berjibaku dengan sampah yang baunya menusuk hidung. Tambahan tugas bagi Hamid bukan hanya sampah, ia harus masuk lorong-lorong sempit dalam saluran drainase untuk mengangkat sedimen maupun timbunan sampah yang seenaknya dibuang warga tidak bertanggungjawab.

“Bau campur aduk kalau sudah di dalam saluran,” ceritanya. Untuk berangkat bertugas, pria lulusan SMP ini bersama puluhan teman seprofesinya dijemput kendaraan operasional milik Dinas PU.

Jangan bayangkan kendaraan itu serupa kendaraan dinas milik pejabat tinggi pemerintah. Kendaraan dinas pasukan biru hanya truk berbak terbuka yang warnanya serupa didominasi biru. Hamid dan teman-temannya yang sebagian besar berasal dari wilayah Karang Anyar, Kelurahan Pagesangan Timur, Kecamatan Mataram Kota Mataram ini menunggu jemput di perempatan Jalan Sriwijaya. Jam kerja tidak terbatas, tergantung kapan mereka mendapat panggilan untuk bertugas.

“Kadang pagi dijemput terus dianter ke tempat yang harus kita bersihkan,” tuturnya sambil menikmati sepoi angin

di atas bak truk terbuka yang membawa rombongan pasukan biru ke arah Cakranegara.

Tugas dikerjakan dengan sepenuh hati. Tidak terpikir bagi Hamid untuk mencari pekerjaan lain yang lebih enak tidak bergelut dengan lumpur dan bau menyengat. Doanya mereka hanya satu. Jangan diberi cobaan sakit atau ditimpa musibah akibat resiko kerja. "Jangan sakit dah, sehat-sehat terus," ucapnya sambil tersenyum.

Kalau sakit yang ringan, baik Johariyah maupun Hamid masih bisa tersenyum. Berbekal kartu tanda penduduk (KTP) Kota Mataram, mereka bisa berobat gratis ke puskesmas. Selama ini, hanya puskesmas tumpuan tempat berobat dikala diberi cobaan sakit oleh Sang Maha Pencipta. Jangan tanya soal jaminan keselamatan kerja pada mereka.

Mereka hanya tahu bagaimana bekerja sebaik-baiknya dan membawa gaji untuk keluarga di rumah. Masih untung Johariyah dibekali kartu jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas). "Iya punya Jamkesmas kapan-kapan bisa dipakai. Tapi jangan dah sakit-sakit, mahal," kata Johariyah yang bisa berbangga karena salah satu buah hatinya bisa melanjutkan pendidikan hingga perguruan tinggi.

Bicara soal jaminan keselamatan kerja, Kepala Bidang Pengairan Dinas Pekerjaan Umum (PU) Kota Mataram, Yuslifar Artadi membenarkan kalau pasukan biru belum dilindungi Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek).

"Dulu pernah ada jaminan kesehatan tapi tidak jalan," kata Yuslifar Artadi. Alasannya, dengan adanya program pelayanan kesehatan gratis di puskesmas, anggota pasukan biru yang memiliki KTP Kota Mataram bisa tetap berobat gratis. Meski tanpa memiliki jaminan kesehatan. "Mereka berobat sendiri-sendiri ke puskesmas dan gratis," kata dia.

Tahun depan, Yuslifar memandang penting pasukan biru dilindungi asuransi keselamatan kerja. Polanya masih dikaji akan seperti apa jaminan sosial dan keselamatan kerja yang akan diberikan bagi para pasukan biru. "Pekerjaan mereka beresiko juga, harus dilindungi asuransi," sambung dia.

Dinas PU Kota Mataram memiliki 220 orang pasukan biru. Terbagi di seksi drainase sebanyak 170 orang dan 50 orang di seksi irigasi. 2014, seluruh pasukan biru akan disatukan di menjadi pasukan drainase. Secara teknis, Yuslifar mengaku, masih mencari pola yang tepat bagaimana model asuransi yang pas bagi seluruh buruh pasukan biru.

Jika berkaca pada pengalaman buruh di proyek konstruksi, siapapun pekerja yang beraktivitas di proyek tersebut akan diberikan jaminan keselamatan kerja. "Agar lebih mudah, tidak perorangan. Karena mereka ini buruh harian lepas. Mungkin saja Dinas PU bisa kerjasama dengan Jamsostek untuk asuransi keselamatan kerja pasukan biru," terangnya.

Pernahkan mendengar Jaminan Sosial Nasional (JSN)?

"Kalau denger sih sering," kata Yuslifar.

Tapi ia sendiri belum mengerti pola JSN yang dilaksanakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Padahal pertanggal 1 Januari 2014, seluruh jaminan sosial serupa Askes maupun Jamsostek akan berganti baju menjadi JSN. Berlakunya juga secara nasional.

"Masih bingung juga soal BPJS-BPJS ini," kata dia.

Nasib pasukan kuning sedikit lebih baik. Sekretaris Dinas Kebersihan Kota Mataram Gde Brata mengakui, untuk buruh pasukan kuning telah diasuransikan untuk kecelakaan kerja. Satu pekerja dialokasikan sebesar Rp 10 ribu pertahun.

"Dinas menganggarkan Rp 50 juta untuk asuransi buruh selama satu tahun," kata Gede.

Dengan jumlah itu, sebanyak 400-an pasukan kuning bisa tercover dalam asuransi kecelakaan kerja. "Asuransinya dapat rawat inap, asuransi kematian serta asuransi kecelakaan," jelasnya.

Sebelumnya, Dinas Kebersihan memasukkan buruhnya dalam asuransi tenaga kerja (Astek). Namun Astek tidak bisa mengcover seluruh buruh yang dimiliki Dinas Kebersihan. Buruh yang tidak tercover, enggan mengeluarkan biaya untuk membayar premi asuransi. "Kami siapkan anggaran Rp 50 juta tapi hanya 100 orang yang tercover. Sisanya tidak ada paksaan mau ikut asuransi atau tidak, terserah mereka," sambungnya.

Seiring akan diberlakukannya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) 1 Januari 2014 mendatang, dibutuhkan sosialisasi kepada seluruh buruh pasukan kuning. "Kita harus sadarkan orang untuk memahami keberadaan BPJS. Mereka ini sangat membutuhkan untuk jaminan kesehatan dan keselamatan kerja mereka," kata Gde Brata.

Sudahkah Brata sendiri paham soal BPJS? Dengan tersenyum, pria murah senyum ini geleng-geleng kepala. "Mekanismenya yang masih membingungkan," ucapnya polos. Saat sosialisasi soal BPJS di lingkup Pemkot Mataram, Dinas Kebersihan diwakili Kepala Dinas.

Usai sosialisasi, kepala dinas melemparkan urusan asuransi buruh kepada Sekretaris Dinas. "Cuma disertai saja buku-buku petunjuknya belum ada penjelasan lebih detail, masih bingung juga," kata pria yang akan memasuki masa pensiun tahun depan ini.

Dinas yang identik dengan warna kuning ini memiliki 563 buruh pasukan kuning. Sebanyak 490 orang diantaranya merupakan tenaga kebersihan. "Astek kita utamakan bagi buruh yang kerja di lapangan, karena mereka lebih beresiko.

Sampai sekarang belumlah terjadi kecelakaan kerja yang berat, hanya luka ringan bisa diobati sendiri,” cetusnya.

Sosialisasi soal BPJS gencar dilakukan PT Askes (Persero) Cabang Mataram. Targetnya sebelum tutup tahun 2013, seluruh elemen masyarakat sudah mengenal tentang BPJS kesehatan. BPJS kesehatan mulai diberlakukan tahun depan. “Akhir tahun ini sosialisasi tuntas, baik ke PNS, TNI/Polri maupun masyarakat umum,” kata Kepala Cabang PT Askes (Persero) Mataram, I Made Kastawa usai sosialisasi kepada kepala-kepala SKPD lingkup Pemkot Mataram, beberapa waktu lalu.

Untuk mendapatkan pelayanan dengan menggunakan BPJS kesehatan, semua kartu pelayanan kesehatan seperti Askes, Jamkesmas, Jamsostek berganti baju menggunakan kartu BPJS yang datanya dilengkapi secara bertahap. “Untuk tahap awal pengguna layanan kesehatan masih dapat menggunakan kartu masing-masing sembari menunggu kartu BPJS jadi,” katanya.

BPJS merupakan jaminan perlindungan kesehatan. Nantinya, 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.

Pelayanan kesehatan yang dijamin adalah pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan tingkat lanjutan dan pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh menteri. Pelayanan kesehatan tingkat pertama meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik antara lain, administrasi pelayanan, pelayanan promotif dan preventif, pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif, serta pelayanan

obat dan bahan medis habis pakai.

Sedangkan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan mencakup rawat jalan dan rawat inap, antara lain perawatan inap non intensif dan perawatan inap di ruang intensif. "Seluruh masyarakat wajib menjadi peserta BPJS. Tahap pertama dari Askes, Jamsostek, TNI/Polri, dan Jamkesmas per 1 Januari telah bergabung dalam anggota BPJS," jelas Kastawa.

Di luar itu, secara bertahap selama lima tahun masyarakat bisa mendaftar. Ditargetkan seluruh masyarakat Indonesia terdaftar menjadi peserta BPJS di tahun 2019. Bagaimana dengan iuran bagi masyarakat miskin yang tidak mampu? Mekanismenya melalui penerima bantuan iuran (PBI) yang dibiayai pemerintah. Besar iurannya Rp19.225.

Sebaliknya, bagi masyarakat mampu harus membayar iuran. Untuk kelas III besarnya iuran Rp 25.500, kelas II Rp 42.500 dan kelas I besaran iurannya Rp 59.500. Pertanyaannya, bagaimana nasib buruh kebersihan yang notabene berstatus non PNS. "Bisa diajak masuk oleh PNS, tapi membayar iuran Rp 25.500," ucapnya.

Disinilah peran kepala SKPD sebagai pimpinan dalam satu unit kerja. Kepala SKPD membantu menyebarluaskan informasi terkait BPJS kepada pegawai di lingkungan kerjanya. "Untuk masyarakat umum bisa dikerjasamakan dengan pihak-pihak lain, seperti tokoh agama dan tokoh masyarakat untuk mensosialisasikan BPJS dan manfaatnya," jelas Kastawa.

Bagi Pemerintah Kota Mataram, mengutip kata-kata Sekda Kota Mataram HL Makmur Said, bahwa keberadaan BPJS merupakan salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan pelayanan dan derajat kesehatan masyarakat. Dengan adanya BPJS kesehatan, semua peserta layanan kesehatan akan menjadi peserta BPJS yang manfaatnya berlaku secara nasional.

“Begitu juga dengan peserta Jamkesda NTB dan Jamkesmas. Jika saat ini rujukan hanya sampai di Rumah Sakit Sanglah Denpasar, dengan BPJS bisa dirujuk ke rumah sakit mana saja di Indonesia,” kata dia.

Soal anggarannya, menurut Kepala Badan Perencana Pembangunan Daerah (Bappeda) Kota Mataram, Lalu Martawang, diperlukan sharing anggaran antara Pemerintah Provinsi NTB dengan Pemerintah Kota Mataram. Saat ini jumlah peserta Jamkesda NTB di Kota Mataram mencapai 67 ribu lebih, termasuk untuk Jampersal. Sedangkan Jamkesmas sebanyak 25 ribu lebih Kepala Keluarga (KK).

“Masyarakat yang belum memiliki salah satu jaminan kesehatan, diharapkan dapat masuk menjadi anggota dengan ketentuan yang telah ditetapkan yakni membayar premi Rp19.225 ribu per bulan,” jelas.

NTT

“MENDIAGNOSA” PERAN PEMERINTAH DALAM MENYUKSESKAN BPJS KESEHATAN¹

ALOYSIUSYANLALI

Bulan Desember 2014 menjadi tahun pertama pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), terhitung sejak 1 Januari 2014 lalu. JKN dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan bentuk keberpihakan pemerintah kepada warga di bidang pelayanan kesehatan. Namun, keberadaan program ini tak sedikitnya menuai kritik dan keluhan warga. Dimana warga menilai pelaksanaan program JKN sangat “diskriminatif”.

Beberapa pasien peserta BPJS Kesehatan yang ditemui SuaraFlores.com pada Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) T.C Hillers Maumere (28/10/2014) lalu, memberi apresiasi pada pemerintah. Pemerintah dianggap peduli dalam pelayanan di bidang kesehatan. Seiring dengan itu, berbagai regulasi disiasati untuk mengikat program. Akan tetapi, dibalik regulasi tersebut ditemukan sejumlah persoalan yang

1 Tulisan sudah dipublikasikan di *Suaraflores.com*, 12 November 2014.

mempersulit warga.

Seperti dialami Trin, seorang ibu rumah tangga asal Kampung Bangboler, Desa Hepang, Kecamatan Lela, Kabupaten Sikka. Dia menyebut BPJS bukan “jaminan” pelayanan kesehatan. Fakta dialami saat ayahnya, Yakobus Pedor, menjadi pasien di R.S Sta. Elisabeth Lela dan Badan Layanan Umum Daerah. Pihaknya diminta untuk membeli beberapa jenis obat dengan biaya kurang lebih 3 juta.

“Kami peserta Jamkesmas tapi harus mengeluarkan uang 3 juta rupiah lebih untuk beli obat. Saya tidak tahu kenapa harus menggunakan uang sendiri lagi. Saya bingung,” katanya dengan wajah kecewa.

Hal lain diceritakan Maria Carla F Isha, salah satu warga Kecamatan Paga yang melahirkan bayi kembar pada awal November lalu. Dia mengaku beruntung dengan adanya BPJS dalam program kesehatan itu. Walau kedua anak tak ditanggung kepesertaannya, tapi dapat ditanggulangi dengan mengurus SKTM. Sayang, fakta yang dialami Carla tidak berlaku bagi peserta lain yang bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI).

Fakta yang dialami Carla rupanya tak menjamin kebahagiaan keluarganya. Banyak sahabat dan keluarga yang belum menjadi peserta harus membayar sendiri sebagai pasien umum dengan kondisi ekonomi tak menentu. Apalagi solusi menjadi peserta BPJS pun tetap mengeluarkan biaya. Ketika menggunakan SKTM, kadang diterima kadang ditolak dengan berbagai alasan yang tak dimengerti.

Cerita serupa persis dialami Icka Pello, wanita muda yang tinggal di Kecamatan Alok, Kota Maumere. Dia harus menanggung beban biaya saat anaknya lahir 31 Oktober lalu. Karena lahir prematur 7 bulan, anak kedua Ikka ini harus

berada pada ruang Neonatal Intensive Care Unit (NICU) selamat 25 hari. Ikka kaget dan heran ketika mendapat informasi besaran biaya dari petugas medis.

Kurang lebih 13 juta, informasi biaya yang diterima dari petugas harus ditanggungnya. Informasi tersebut mengundang perhatian keluarga pasien di RS. T.C. Hillers yang baru saja berubah status menjadi Badan Layanan Umum Daerah. Walaupun dia memiliki sedikit penghasilan, namun, disayangkan adanya kepesertaan BPJS tersebut.

Miris kondisi yang dialami Ikka sehingga mengundang dirinya angkat bicara. Dia mengungkapkan keberpihakan pemerintah kepada warga dalam program adalah tanggung jawab. Akan tetapi perlu transparansi dalam sosialisasi program yang detail di tengah masyarakat. Tahapan sosialisasi yang dilakukan pihak BPJS rupanya belum sampai ke semua lapisan masyarakat, seperti perubahan regulasi pada 1 September 2014 lalu. Semua anak yang baru lahir tak lagi ditanggung orang tua yang adalah peserta BPJS.

Bukan hanya Ikka tapi banyak warga pun mengaku tak tahu atas perubahan regulasi sejak September lalu. Para ibu hamil (peserta BPJS Kesehatan, red) merasa sulit ketika bayi mereka lahir, karena tak lagi ditanggungnya sebagaimana regulasi awal program. Kehadiran sang bayi harus didaftarkan secara sendiri agar dapat dibiayai oleh BPJS. Itu pun menunggu masa aktif 7 hari pasca dikeluarkan kartu BPJS.

Fakta yang dialami Ikka dan para ibu hamil ini melengkapi daftar sakit hati warga terhadap BPJS. Bagi warga yang memiliki uang tentu tak repot-repot mengurus BPJS ataupun SKTM. Bagi warga miskin tentu sangat menyentuh ruang dompet yang jarang “dikunjungi” rupiah. Rupiah jarang datang, pergi apalagi. Program terus digulirkan, regulasi terus

direvisi, biaya kesehatan terus mengocek dompet warga miskin yang menjerit kesulitan datangnya rupiah. Seiring dengan itu, warga diminta “menyembah” pada regulasi program.

Beberapa alasan lain yang dihimpun SuaraFlores.com, banyak warga mencari informasi sendiri agar “diselamatkan” dari biaya perawatan kesehatan. Jika tidak, maka segala urusan biaya kesehatan harus ditanggung sendiri (pasien umum, red) berdasarkan pada Peraturan Daerah Kabupaten Sikka Nomor 11 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum.

Warga pun mengaku tak mengetahui jenis fasilitas kesehatan, jenis penyakit dan jenis obat yang ditanggung BPJS saat rawat jalan atau rawat inap pada salah satu kelas yang dipilih. Warga juga diminta membuka rekening pada bank yang ditunjuk (BRI, BNI dan Mandiri) yang bertolak belakang dengan kondisi ekonomi, terutama keluarga miskin. Lebih dari itu, belum semua keluarga miskin diakomodir dalam BPJS. Kondisi ini pasti melahirkan masalah baru bagi warga.

Bagi warga yang tinggal di daerah terpencil, merasa bingung ketika ditanya tentang BPJS. Mereka hanya mendengar cerita dari warga atau tetangga. Itu pun dengan pemahaman minim terhadap program. Oleh karena itu, petugas BPJS harus lebih jeli memberikan sosialisasi yang merata. Warga mesti paham aturannya sehingga tidak timbulkan gejolak protes. Warga memvonis, kondisi fasilitas maupun tenaga kesehatan belum menunjukkan peran pemerintah dalam menyelesaikan program ini.

Fakta cerita itu dibuktikan dengan data pencatatan pada BLUD, bahwa masih banyak warga yang belum menjadi peserta BPJS Kesehatan. Data yang diperoleh pada pihak BLUD, kurang lebih 3.834 jiwa atau 15,06% masyarakat masih menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) pada

Januari hingga September 2014. Sedangkan warga menjadi pasien umum saat berobat sebanyak 4.771 jiwa atau 17,38%, pada Badan Layanan Umum Daerah T.C Hillers Maumere, Kabupaten Sikka, Flores, Nusa Tenggara Timur (NTT).

NTT

32,44 PERSEN WARGA SIKKA BELUM MILIKI KARTU BPJS KESEHATAN¹

ALOYSIUSYANLALI

Kepala Bagian Tata Usaha Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) T.C Hillers Maumere, Dedi A. Benyamin, menjelaskan kepesertaan BPJS Kesehatan terbagi dalam 2 golongan, yaitu peserta BPJS Mandiri dan Penerima Bantuan Iuran (PBI). BPJS Mandiri, warga menyetor uang tiap bulan pada bank yang ditentukan berdasarkan kelas yang dipilih. Sedangkan PBI dibiayai pemerintah pusat dan daerah.

Dedi Benyamin, mengatakan, kepesertaan BPJS Mandiri menurut data sementara Kantor BPJS Kesehatan Cabang Sikka sebanyak 8.227 jiwa. Untuk penerima bukan pekerja sebanyak 3.795 jiwa, PBI Pusat 148. 511 jiwa dan PBI Daerah 58.594 jiwa. Sehingga total kepesertaan hingga Oktober mencapai 219.127 jiwa.

Dari jumlah kepesertaan tersebut, sesuai data rekapan Bagian Tata Usaha per Januari hingga September 2014, terdapat 3.834 jiwa atau 15,06% pengguna Surat Keterangan

¹ Tulisan sudah dipublikasikan di *Suaraflores.com*, 12 November 2014.

Tidak Mampu (SKTM) melakukan pengobatan atau perawatan pada BLUD. Baik itu rawat inap maupun rawat jalan. Untuk pasien umum (tanpa SKTM dan BPJS) berjumlah 4.771 jiwa atau 17,38%. Sedangkan pasien menggunakan kartu BPJS Kesehatan sebanyak 18.543 jiwa atau 67,55%. Artinya terdapat 8.605 jiwa atau 32,44% warga yang belum menjadi peserta.

“Kita baru menunjukkan data hingga bulan September. Data rekapan tersebut belum rill menunjukkan perorangan atau masih didominasi pada kasus dan kunjungan ganda. Seorang pasien bisa dua kali berobat dalam seminggu atau sebulan,” katanya.

Berdasarkan data tersebut, lanjutnya, diketahui total kasus kunjungan dari Januari hingga Agustus mencapai 3.834 kasus dengan total anggaran yang diklaim mencapai Rp.3.444.410.227,-. Jumlah klaim dikalkulasi melalui kunjungan rawat jalan dan rawat inap. Bagian rawat jalan terdapat 2.307 kasus dengan total yang diklaim sebesar Rp.233.817.229. Rawat Inap dengan 1.527 kasus dengan total yang diklaim mencapai Rp. 3.210.592.988,-

PETUGASTAK MENGETAHUI ALASAN PERUBAHAN REGULASI

Dedi Benyamin membenarkan adanya fakta perubahan regulasi program. Seorang bayi yang dilahirkan dari peserta BPJS tidak lagi ditanggung oleh orang tua. Fakta perubahan regulasi ketika pemerintah harus merevisinya sejak 1 September lalu. Walau begitu, Dedy mengaku tak mengetahui alasan perubahan regulasi tersebut.

Dalam penjelasannya, Dedi memberi contoh kasus yang dialami seorang pasien peserta BPJS Kesehatan dari Desa Tou Barat, Kecamatan Kota Baru, Kabupaten Ende saat hendak

melahirkan. Karena kendala berat badan, bayi yang dilahirkan harus masuk ruang Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Karena adanya perubahan regulasi tersebut, sang bayi seakan “dipaksakan” untuk membayar sendiri biaya perawatannya.

“Kendala ini kami hadapi sejak 1 September lalu. Kami sudah usulkan ke Kemenkes agar pasien tersebut tetap ditanggung ibunya,” katanya ketika ditemui di ruang kerjanya, 4 September 2014 lalu, kurang lebih pukul 11:30 WITA.

Terkait keluhan pelayanan, tambah Benyamin, kunjungan pasien yang tinggi tidak luput dari keluhan. Staf dengan rutinitas yang tinggi, ada kalanya komunikasi tidak terarah. Bisa saja pesan yang disampaikan kurang lengkap, kurang jelas, atau tidak dimengerti oleh keluarga pasien.

“Karena pesan kita tidak diterima oleh penerima pesan, maka makna dari pesan tersebut hilang. Komunikasi itu sangat penting dalam kaitan dengan pelayanan kesehatan, terkhusus pasien BPJS Kesehatan. Intinya, kami tidak diskriminatif dalam memberikan pelayanan,” jelasnya.

NTT

TKLHK JADI PESERTA BPJS KETENAGAKERJAAN¹

RETNO IRAWATI

Setiap pekerjaan memiliki resiko masing-masing yang tidak diketahui kapan musibah akan datang menghampiri. Bisa saja kecelakaan yang dialami hanya luka ringan, tetapi bisa juga membuat cacat seumur hidup, bahkan sampai meninggal dunia.

Untuk itu, sewajarnya jika para pekerja harus memiliki jaminan yang bisa melindungi disaat musibah itu datang. Salah satunya adalah menjadi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan, yang akan melindungi pekerja dari resiko kecelakaan saat bekerja. Peserta akan merasa aman dalam melaksanakan tugasnya.

BPJS Ketenagakerjaan Cabang Provinsi NTT merasa berkewajiban untuk melindungi para pekerja, bukan hanya di sektor formal, tetapi juga sektor informal dimana mereka tidak bernaung di bawah satu perusahaan atau tidak memiliki pimpinan. Seperti yang dikemukakan Kepala Kantor Cabang BPJS Ketenagakerjaan Provinsi NTT, Gede Putu Laxman mengatakan, pihaknya melihat dari kemampuan dan

1 Tulisan sudah dipublikasikan di *Harian Kursor*, 12 November 2014.

kesadaran para pekerja informal untuk menjadi peserta, tetapi terus melakukan sosialisasi kepada mereka bahwa program ini manfaatnya sangat baik dan menguntungkan mereka. Diakuinya, tahun 2013 lalu, ada subsidi dari Kementerian Sosial untuk program Tenaga Kerja Luar Hubungan Kerja (TKLHK) atau tenaga kerja informal sebanyak 1.300 orang selama enam bulan.

“Dalam berjalannya waktu, ketika belum enam bulan ada beberapa yang meninggal karena sakit, maka kita serahkan santunan sesuai ketentuan yang ada, yakni sebesar dua puluh satu juta rupiah. Jadi kita tidak melihat dari penyebabnya,” urai Laxman.

Santunan tersebut, kata Laxman, diserahkan melalui Bupati Sabu Raijua (SaRai) yang diundang langsung ke Kantor BPJS Ketenagakerjaan, untuk dua orang peserta yang berasal dari Kabupaten SaRai yang bekerja sebagai petani rumput laut. Sehingga saat ini ahli warisnya bisa meningkatkan modal dengan santunan yang ada.

Subsidi bantuan Kementerian Sosial tersebut, lanjut Laxman, diberikan kepada 830 orang tukang ojek, dan ketika program tersebut selesai akhir tahun 2013, hanya ada 70 tukang ojek yang menjadi peserta Mandiri. Pihaknya berharap, dengan jaminan sosial ini bisa membantu masyarakat kelas menengah kebawah sesuai dengan sasarannya.

“Kalau saja mereka menyadari, program ini bagus sekali untuk mereka, seperti pedagang, tukang ojek, nelayan atau petani, dengan iuran yang kecil, mereka dapat manfaat besar,” ujarnya.

Secara rinci Laxman mengungkapkan, iurannya hanya Rp 15.600,- per bulan sesuai dengan Upah Minimum Provinsi saat ini, yang dapat meng-cover kecelakaan kerja dan kematian.

“Menyisihkan uang Rp 15.600,- per bulan itu saya kira gampang. Kalau misalkan dianggap kecil, maka bisa ikut tabungannya. Untuk hari tuanya dua persen atau Rp 23.500,- dengan total sekitar Rp 50.000,- per bulan,” kata Laxman.

Menurutnya, penyeterannya bisa setiap bulan atau tiga bulan sekali. Dan itu bisa diambil setelah kepesertaannya lima tahun satu bulan. Kepala Bidang Pemasaran BPJS Ketenagakerjaan, Maulana Ridwan, mengatakan bahwa pekerja disektor informal tidak lain adalah pekerja perseorangan atau yang tidak bernaung di bawah perusahaan besar, yang biasa disebut TKLHK.

“Memang kita belum banyak pekerja informal yang menjadi peserta. Untuk langkah awal kita sudah lakukan pada para pedagang es buah dan para tukang ojek yang ada di sekitar kantor kita ini,” ujar Maulana.

Menurutnya, perlindungan atau hak antara pekerja formal dan informal tidak ada perbedaan. “Jadi kalau terjadi kecelakaan kerja pada saat berjualan, mulai pedagang es itu berangkat dari rumah sampai ke lokasi kerja, santunannya dilindungi oleh kami kalau mendapat kecelakaan atau meninggal dunia,” tambah Maulana.

Secara rinci Maulana mengungkapkan, jenis program dan manfaat menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan, “Pertama, Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) terdiri dari biaya pengangkutan tenaga kerja yang mengalami kecelakaan kerja, biaya perawatan medis, biaya rehabilitasi, penggantian upah sementara tidak mampu bekerja, santunan cacat tetap sebagian dan santunan total tetap.

“Untuk program kedua, yakni Jaminan Kematian (JK), maka akan ada biaya pemakaman, dan ahli waris akan mendapat santunan berkala. Sedangkan program ketiga yakni

Jaminan Hari Tua (JHT), terdiri dari keseluruhan iuran yang telah disetor dan beserta hasil pengembangannya,” lanjut Maulana.

“Untuk iurannya dihitung berdasarkan nilai nominal tertentu, atau berdasarkan upah sekurang-kurangnya setara dengan UMK setempat. Untuk JKK hanya 1 persen, JK sebesar 0,3 persen dan untuk JHT 2 persen,” tandas Maulana.

Pada kesempatan berbeda, Nurhayati, pedagang es buah yang mangkal di depan kantor BPJS Ketenagakerjaan mengaku belum ikut menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan.

“Yang saya tahu, peserta BPJS Ketenagakerjaan adalah mereka yang kerja di kantor, kalau kita tidak punya kantor, manfaatnya apa?” tegas Nurhayati yang didampingi Arifin, sang suami.

Bagi Nurhayati, menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan belum begitu mendesak, sebab dirinya saat bekerja tidak kemana-mana, hanya melayani pembeli yang datang. “Kita dari rumah langsung kesini, tidak kemana-mana lagi. Jadi nanti kita pikir-pikir dulu,” ujar ibu beranak dua ini.

Berbeda dengan Nurhayati, Halimah yang berada dua kios di samping kanannya mengaku sudah menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan, mengingat betapa pentingnya menjadi peserta.

“Saya baru dua bulan ikut menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan, biar saya bekerja aman dan nyaman,” tandas Halimah dari Cilacap.

Menurut Nurhayati, musibah bisa terjadi dimana saja dan kapan saja, tanpa diketahui terlebih dahulu. “Misalnya kita naik motor menuju tempat jualan, walaupun sudah hati-hati kalau memang harus kena musibah, bisa saja orang tabrak kita dari belakang,” kata Halimah.

Pada kesempatan yang berbeda, Thomas Rihi, tukang ojek yang mangkal di depan Kantor Dinas Perindustrian dan Perdagangan (Disperindag) Provinsi NTT mengaku, bahwa pihaknya sudah menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan untuk semua program.

Menurut Thomas, keikutsertaannya sebagai peserta mandiri, bukan hanya untuk kepentingan dirinya saja agar bisa bekerja dengan tenang, tapi juga untuk keluarganya, dimana bisa terjadi musibah terhadapnya, maka istri dan kedua anaknya akan dapat santunan untuk bisa meneruskan kehidupannya.

“Sebagai tukang ojek, resiko yang saya hadapi sangat riskan, sehingga kalau saya kena musibah maka ahli waris tidak akan susah,” ungkapnya polos.

Thomas menjelaskan, waktu pembayaran iuran bervariasi, kadang-kadang satu bulan saja, tetapi kadang sampai tiga bulan sekaligus, tergantung dari rezeki yang diperolehnya.

Suatu Kewajiban

Pada kesempatan yang berbeda, baik legislatif maupun eksekutif berkeyakinan bahwa baik pekerja formal maupun informal, harus terdaftar pada BPJS Ketenagakerjaan, agar mereka dapat bekerja dengan aman dan nyaman.

Seperti yang diungkapkan Ketua Komisi IV DPRD Kota Kupang, Livingston Ratu Kadja bahwa sebagai pekerja informal yang tidak memiliki pimpinan, maka sangat perlu menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan, hal ini demi kepentingan diri pekerja itu sendiri maupun keluarga.

“Kita tidak tahu kapan musibah datang, dan apa yang akan terjadi bila orang yang menjadi tulang punggung kita tidak berdaya lagi. Tentu kalau menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan, yang ditinggalkan dapat menjalankan

kehidupan selanjutnya,” tandas Livingston.

Sebagai wakil rakyat, dirinya mendorong para tenaga kerja informal atau TKLHK untuk mendaftar sebagai peserta BPJS Ketenagakerjaan, sebagai perlindungannya agar dapat bekerja dengan aman.

Hal senada juga diungkapkan Kepala Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Disnakertrans) Kota Kupang, Jerry Paji Kana, bahwa pihaknya tidak membedakan tenaga kerja formal atau informal dalam mendapatkan haknya.

“Tenaga kerja formal, mereka ada yang bertanggung jawab dalam melindungi karyawannya. Tapi kalau tenaga kerja informal, mereka sendiri yang harus melindungi diri. Untuk itu wajib hukumnya mereka juga diasuransikan,” tandas Jerry.

NTT

BPJS KESEHATAN: MERENDA KEHIDUPAN BARU JANDA MALANG¹

WALBURGUS ABULAT

Suhu udara Kota Maumere, Ibu Kota Kabupaten Sikka, Provinsi NTT, pada Jumat 14 November 2014 sangat panas. Terik matahari menyengat kulit. Lalu lalang kendaraan membuat suasana warga kota semakin penat, apalagi di beberapa ruas jalan utama seperti Jalan Gajah Mada, tepatnya di depan Kantor PLN Area Flores Bagian Timur (FBT).

Tak jauh dari Kantor Cabang PLN, tepatnya di Lorong Service, lokasi itu menjadi perhatian warga Kota Maumere dalam sebulan terakhir, lantaran di sana ada seorang janda malang yang sudah belasan tahun menderita tumor raksasa seberat 15 kg, dan berhasil dioperasi bermodalkan uang Rp 25.500,-

Tergerak oleh rasa kemanusiaan kepada si janda malang ini, Wartawan Flores Pos Walburgus Abulat menyambangi rumahnya yang berukuran 6 X 8 meter persegi pada siang hari itu. Rasa penasaran tentu ada. Sebab, berita tumor raksasa

1 Tulisan sudah dipublikasikan di *Flores Pos*, 22, 24, 25 November 2014.

yang bersarang di punggung bagian kanan si janda malang itu menjadi buah bibir warga.

Melalui jalan setapak, saya pun bisa menempuh rumahnya dengan jalan kaki 10 menit dari ruas jalan utama. Rumahnya mungil, berlantai semen, setengah tembok. Dinding bagian atas dibuat dari pelupuh bambu. Pencarian saya tak sia-sia. Sebab, siang itu, saya bertatap muka dengan si janda malang dan seorang anak putri semata wayangnya.

Si Janda malang. Demikian sebutan untuk Nyonya Yosefina Genoveva (55 tahun), warga RT 03/RW 05, Kelurahan Kabor, Kecamatan Alok, Kabupaten Sikka, Provinsi NTT. Sebutan ini sangat pas dengan kondisi keseharian dan kehidupannya sejak ia ditinggalkan oleh suaminya Melkisedek tahun 2009 yang meninggal akibat hipertensi.

Kematian suaminya yang berprofesi buruh pelabuhan Laurens Say Maumere saat itu menambah duka yang melilit kehidupannya. Betapa tidak. Suasana duka itu terjadi di saat dirinya masih bergelut dengan tumor dasyat seberat 15 kg yang dideritanya dalam 15 tahun terakhir.

Sepeninggal sang suami, Nyonya Yosefina tidak saja bergelut dengan tumor yang dideritanya, tetapi juga ia sebagai tulang punggung untuk menafkai putri semata mayangnya Clara A. Theresia (20 tahun) yang saat ini sedang mengenyam kuliah di Fakultas Keguruan Ilmu Pendidikan (FKIP) Universitas Nusa Nipa (Unipa) Maumere.

Pergulatan kehidupan Janda Malang ini menjadi lembaran yang selalu menghiasi kesehariannya. Untuk memenuhi kebutuhan sesuap nasi, dan membiayai putri semata wayangnya pasca kematian suaminya, si janda malang tak tanggung-tanggung menekuni profesi menjadi pengecer jualan bensin di pinggiran jalan dalam kondisi tumor raksasa

bersarang di punggung kanannya. Profesi ini dijalannya dalam serba hati-hati karena ia berani melakukan upaya pengisian jerigen, disaat ada larangan dari Pemkab Sikka dan langkah penertiban oleh polisi.

“Setelah suami saya meninggal, saya setiap pagi pergi ke SPBU untuk pengisian bensin di jerigen. Bensin yang saya dapatkan, lalu saya jual eceran ke para pengendara sepeda motor. Saya berani lakukan hal ini untuk menafkai keluarga, meski ada upaya penertiban oleh pihak berwenang. Hasil jualan bensin saya dapat keuntungan sekitar Rp 20.000,- sampai Rp 25.000,-” kata Yosefina.

Yosefina mengakui dalam kondisi penghasilan yang diterimanya tersebut setiap hari, ia berupaya membagi penghasilannya itu untuk membeli beras, memenuhi kebutuhan dapur, dan membiayai sekolah putri semata wayangnya.

“Dengan penghasilan ini, saya sudah tidak bisa bayangkan lagi untuk membiayai kesehatan saya, apalagi untuk operasi. Sebab, jangan untuk biaya kesehatan dan untuk operasi tumor, untuk kebutuhan makan saja penghasilan Rp 20.000,- setiap hari sama sekali tak cukup,” kisahnya.

Yosefina mengisahkan bahwa tumor besar yang dideritanya awalnya muncul pada tahun 1992. Tumor itu awalnya tumbuh semacam jerawat, lalu berkembang hingga seperti buah mangga. “Pada tahun 1994 tumor itu sempat dioperasi oleh dokter Kartono di RS Santa Elisabeth Lela. Sempat membaik, namun dalam tahun-tahun berikutnya, ada tumor susulan di dekat pundak sebelah kanan. Awalnya tumor sebesar buah mangga. Namun, setelah itu tumor selalu mengalami perkembangan terus hingga pada Agustus 2015 beratnya mencapai 15 kg,” tuturnya.

Ia mengaku selama tumor besar dideritanya pergerakannya untuk memenuhi kebutuhan keluarga sangat terbatas, bahkan secara pergaulan sosial ia merasa minder. Perasaan minder juga dialami putri semata mayangnya. Tak heran, sang putri usai kematian ayanda mengalami stress sehingga butuh konsultasi ke Spesialis Syaraf dokter Candida.

Yosefina mengaku dalam benaknya tak ada sedikitpun niat melakukan operasi susulan karena alasan ketiadaan dana. "Saya sudah mulai pasrah. Saya serahkan kondisi saya kepada Tuhan," katanya.

Namun cerita perjalanan hidup Nyonya Yosefina Genoveva berubah total, tatkala Putri Semata mayangnya Clara A. Theresia berjumpa dengan dokter Candida-Spesialis Syaraf RSUD Maumere pada awal Agustus 2014. Clara menemui dokter Candida untuk kepentingan konsultasi penyakit stress yang diderita anak semata wayangnya pasca kematian ayahanda, dan derita tumor yang dialami Ibundanya.

"Saat menemui dokter Candida sekitar Awal Agustus 2014, anak saya menceritakan apa adanya seputar sakit yang dialaminya, serta kondisi ekonomi keluarga kami. Putri saya juga menceritakan tumor yang saya alami kepada dokter Candida, dan ketidakmampuan kami secara ekonomi untuk membiayai operasi," tutur Yosefina.

Momen curhat selama konsultasi kesehatan inilah menjadi awal kabar gembira bagi keluarga Yosefina Genoveva. Betapa tidak. Usai mendengar kisah janda malang sebagaimana disampaikan putri semata mayang Clara, dokter Candida meminta Nyonya Yosefina melalui anaknya agar masuk menjadi anggota Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sehingga memberikan kemudahan untuk operasi tumor.

Si putri semata wayang usai mendapat informasi dari dokter Candida, langsung meneruskannya kepada Ibundanya. Ibundanya pun langsung menyambut saran untuk masuk menjadi anggota BPJS. Ia pun menyerahkan beberapa persyaratan pendaftaran menjadi anggota BPJS Kesehatan: fotocopy kartu keluarga terbaru, fotocopy KTP (E-KTP), fotocopy buku tabungan salah satu bank, pas foto ukuran 3X4 sebanyak 1 lembar, dan membayar iuran untuk dirawat di kelas III sebesar Rp 25.500,-

“Saya secara resmi menjadi anggota BPJS dengan menyetor dana untuk perawatan di kelas III sebesar Rp 25.500 pada 25 Agustus 2014. Dengan mengantongi kartu BPJS Kesehatan, saya akhirnya diperkenankan untuk beroperasi tumor di RS Santa Elisabeth Lela pada tanggal 27 Agustus 2014 oleh dokter Lambaran,” kisahnya.

Penghujung Agustus 2014 memang menjadi momen berahmat bagi Nyonya Yosefina Genoveva. Ia yang sebelumnya merasa gundah gulana, dan tak punya harapan hidup akibat tumor besar yang dialaminya, berubah menjadi suatu lembaran kehidupan baru.

Ia seakan tak percaya bahwa tumor besar yang dideritanya bisa diangkat/ dioperasi hanya dengan mengandalkan menjadi anggota BPJS Kesehatan dengan modal awal Rp 25.500.

“Saya disarankan oleh dokter Candida untuk mengikuti operasi di RS Santa Elisabeth Lela karena RS itu sudah bisa melayani pasien dengan mengantongi kartu BPJS. Saran itu, saya ikuti. Lalu saya ke RS Lela dan menemui Spesialis Bedah dokter Lambaran dan Direktur dokter Puspa. Setelah menyampaikan maksud kedatangan, saya kemudian diterima menjadi pasien yang kemudian dioperasi dengan menggunakan kartu BPJS,” tutur Yosefina.

Yosefina mengaku tak percaya setelah pihak RS Lela langsung menerimanya dan langsung memastikan bahwa operasi dilaksanakan pada tanggal 27 Agustus 2014, atau dua hari setelah menjadi anggota BPJS Kesehatan.

“Usai operasi, saya hampir tak percaya. Ko bisa, hanya bermodalkan Rp 25.500,- tumor saya berhasil diangkat. Saya juga tinggal di RS selama dua minggu, tanpa ada keluar sedikit dana pun, kecuali dana beli obat yang tidak ada di RS. Saya yang sempat merasa kehidupan saya sudah berakhir, akhirnya mendapat kekuatan baru. Saya mengalami kehidupan baru berkat adanya BPJS Kesehatan,” kata Yosefina saat ditemui di rumah sederhana berukuran 6x8 meter.

Nyonya Yosefina pantas bersyukur karena memang selain karena tumor seberat 15 kg berhasil diangkat, juga ia tak bisa menyembunyikan kegembiraan karena dengan menyerahkan dana Rp 25.500,- tumor yang sudah menjadi parasit dalam kehidupannya selama puluhan tahun ini ditanggung seluruh biayanya oleh Negara melalui BPJS dengan total klaim sekitar Rp 9 juta. “Terus terang, kalau mengandalkan kemampuan pribadi saya, saya tidak bisa memenuhi jumlah dana itu, sebab saya tidak memiliki pekerjaan. Saya hanya pengecer bensin dengan penghasilan pas untuk membeli beras dan kebutuhan sekolah anak saya,” ujarnya seraya berlinangan air mata membasahi pipinya.

Yosefina didampingi putri semata wayangnya berkali-kali menyampaikan terima kasih kepada Pemerintah Pusat, BPJS, dan RS Santa Elisabeth Lela yang telah melaksanakan program BPJS Kesehatan.

“Saya senang RS Santa Elisabeth Lela menerima BPJS sehingga saya bisa berobat dan mendapat pelayanan yang sangat baik. Petugasnya ramah dan baik meskipun sibuk

sekali, ruangan juga selalu bersih,” kata Yosefina Genoveva.

Mama Yosefina meminta semua pasien di mana saja berada untuk tidak usah ragu masuk menjadi anggota BPJS Kesehatan karena program ini memberikan kemudahan dan berhasil menyelamatkan nyawanya dari bahaya kematian.

“Untuk semua pasien tidak usah ragu untuk berobat karena sekarang sudah ada BPJS, buktinya di RS Lela saja BPJS berlaku. Semua biaya ditanggung oleh BPJS Kesehatan,” katanya.

Yosefina Genoveva pantas bersyukur kepada Tuhan dan terima kasih kepada BPJS Kesehatan karena tidak saja telah berhasil menyanggupi pembiayaan kesehatannya, tapi juga karena pasca operasi ia bisa mulai menjalankan aktivitas kehidupan hariannya sebagai ibu rumah tangga dalam kondisi sedia kala.

“Setelah operasi, saya bisa melakukan aktivitas ibu rumah tangga dengan baik. Saya bisa memelihara ternak babi, bisa mengurus anak semata wayang saya dengan baik. Saya juga mulai membuka usaha kios dengan jual barang - barang seadanya. Saya harus mengakui bahwa BPJS Kesehatan telah merenda kehidupan saya ke arah yang lebih baik. Saya sudah bisa beraktivitas sebagaimana biasanya lagi,” kata Genoveva.

Humas RS Santa Elisabeth Lela, Suster Yuliana Bupu PIJ yang dihubungi terpisah menjelaskan operasi tumor seberat 15 kg ini berlangsung selama kurang lebih 5 jam. “Operasi berjalan dengan baik dan tumor seberat 15 kg ini berhasil diangkat,” kata Suster Yuliana.

Suster mengaku usai dioperasi, Mama Yosefina dirawat kurang lebih 2 minggu serta mendapat tambahan transfusi darah. “Mama Yosefina sudah mengalami penyembuhan,” katanya.

Suster Yuliana menjelaskan sejak Januari 2014 RS Santa Elisabeth Lela telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan berkomitmen mendukung pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Kabupaten Sikka. “Kami akan terus berupaya meningkatkan pelayanan Rumah Sakit, terutama untuk mendatangkan dokter ahli yang masih dibutuhkan oleh masyarakat,” katanya.

Spesialis Bedah dokter J. Lambaran yang dihubungi terpisah menjelaskan pihaknya telah memberikan seluruh perhatian untuk menyukseskan operasi tumor seberat 15 kg itu.

“Ini pengalaman pertama saya bersama tim medis melakukan operasi tumor seberat 15 kg ini. Operasi ini berjalan dengan baik dan berhasil,” kata Dokter Lambaran.

BPJS SANGAT MEMBANTU WARGA

Kepala Cabang Kantor BPJS Kesehatan Maumere, Hilarius E.Naja yang ditemui di ruang kerjanya, Rabu (5/11) menyampaikan apresiasi atas upaya RS Santa Elisabeth Lela yang telah menyukseskan operasi tumor seberat 15 kg dari salah seorang anggota BPJS Nyonya Yosefina Genoveva.

“Saya sangat gembira usai mendengar Spesialis Bedah RS Santa Elisabeth Lela berhasil operasi tumor seberat 15 kg dari salah seorang anggota BPJS Kesehatan Nyonya Yosefina Genoveva. Ini salah satu contoh betapa program BPJS sangat membantu warga yang mengalami kesusahan,” kata Hilarius.

Hilarius mengaku gembira karena program BPJS Kesehatan di wilayah yang dipimpinnya yang meliputi Kabupaten Sikka, Kabupaten Flores Timur (Flotim) dan Kabupaten Lembata telah menjangkau hingga ke semua elemen warga, termasuk kaum kelas menengah kebawah.

“Kita memberikan pelayanan kepada siapa saja, termasuk kepada Ibu Yosefina Genoveva yang berhasil tumor 15 kg dioperasi dengan bantuan BPJS Kesehatan. Program BPJS Kesehatan telah dan akan terus membantu warga kalangan ekonomi menengah ke bawah,” kata Hilarius.

Hilarius meminta warga agar masuk menjadi anggota BPJS Kesehatan sebelum mengalami sakit sehingga di saat sakit upaya pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan baik. “Setiap KK bisa memilih pelayanan di kelas I, II, dan III disesuaikan dengan kesanggupan biayanya,” kata Hilarius.

PENCAPAIAN 65,57 PERSEN

Hilarius E.Naja mengemukakan bahwa dari 701.619 warga tiga kabupaten yang bernaung di bawah Cabang BPJS Maumere, yakni Kabupaten Sikka, Flores Timur (Flotim), dan Lembata baru 460.049 atau 65,57% sudah *ter-cover* menjadi anggota Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Dijelaskannya, sebanyak 460.049 warga yang menjadi anggota BPJS ini terdiri dari kelompok penerima bantuan iuran sebanyak 320.793 orang, kategori pekerja bukan penerima upah sebanyak 54.295 orang, kelompok peserta bukan penerima upah atau yang mandiri sebanyak 11.865 orang, kelompok penerima pensiunan dan veteran sebanyak 9.789 orang, dan sisanya dari Jamkesda yang sudah terintegrasi.

“Warga tiga kabupaten yang belum masuk menjadi anggota BPJS tersisa 241.570 jiwa atau 34,43%,” kata Hilarius.

Hilarius meminta warga yang belum masuk menjadi anggota BPJS untuk segera mengurus keanggotaan BPJS di kantor pelayanan terdekat di setiap Kabupaten, dengan batas akhir penuntasan pengurusannya pada tanggal 31 Desember

2014. “Kami imbau agar proses pengurusan BPJS Kesehatan ini dilaksanakan sebelum seseorang mengalami sakit, sehingga di saat sakit akan diberikan kemudahan segala pembiayaan ketika rawat di RS atau upaya pengobatan lainnya,” katanya.

Hilarius menjelaskan beberapa persyaratan bagi peserta BPJS, yakni fotocopy kartu keluarga terbaru, fotocopy KTP (E-KTP), foto copy buku tabungan salah satu bank, pas foto ukuran 3x4 sebanyak 1 lembar, dan membayar iuran sesuai kemampuan dengan ketentuan kelas I jumlah iuran Rp 59.500,- per jiwa per bulan, kelas II Rp 42.500,- per jiwa per bulan, dan kelas III sebesar Rp 25.500,- per jiwa per bulan.

Data yang direkap media ini menyebutkan bahwa dari tiga kabupaten yang menjadi wilayah operasi Kantor BPJS Cabang Maumere, maka Kabupaten Sikka masuk pencapaian tertinggi dengan capaian 76,27% atau total 242.010 dari total jumlah penduduk 317.310 jiwa.

Dijelaskannya, pencapaian Sikka di atas terdiri dari kelompok penerima bantuan iuran sebanyak 148.511 orang, kategori pekerja bukan penerima upah sebanyak 22.792 orang, kelompok peserta bukan penerima upah atau yang mandiri sebanyak 8.227 orang, kelompok penerima pensiunan dan veteran sebanyak 3.786 orang, dan sisanya dari Jamkesda yang sudah terintegrasi sebanyak 58.694 jiwa.

“Jadi warga Sikka yang belum masuk menjadi anggota BPJS tersisa 75.300 jiwa atau 23,73%,” katanya.

NTT

Minimnya Faskesda dan Jaminan Kesehatan (Bagian Pertama)

“BASIRA, DUSUN YANG TERLEWATKAN”¹

WENTHO ELIANDO

PAGI-pagi sekali, mentari masih malu-malu. Sinarnya perlahan merobek cela-cela dedaunan kuning yang sedang gugur. Butiran embun pagi, setelah seharian turun hujan masih membasahi rimbun daun jambu mete, kelapa, pisang, jati, mangga, kemiri dan mahoni sepanjang perjalanan. Sisa-sisa angin malam dan sepoi angin pesisir pantai masih berhembus. Dingin. Sedikit agak menggigil ketika menembus jaket tipis pelapis kulit.

Hari itu, Jumat (28/11) pagi, Flores Pos bersama Hendrikus Hura Belen atau akrab disapa Eddy Belen, warga asli daerah terpencil dan terluar menempuh perjalanan panjang selama lebih dari 5 jam mengendarai sepeda motor dari Kota Larantuka menuju tempat paling ujung timur Nusa Nipa, Pulau Flores, Kabupaten Flores Timur (Flotim), Provinsi NTT.

Basira. Begitulah nama daerah terpencil dan terluar. Basira berada dalam wilayah administrasi Desa Patisirawalang di Kecamatan Tanjung Bunga. Dalam peta ujung timur pulau

¹ Naskah sudah dipublikasikan di *Harian Flores Pos*, 8-19 Desember 2014.

Flores, Desa Patisirawalang tidak lain adalah “*Kopongde’i*” (nama tempat ujung timur di kepala Pulau Flores). Basira merupakan pusat Desa Patisirawalang. Desa ini memiliki 5 dusun, yakni Dusun Basira, Dusun Basira 2, Dusun Tone, Dusun Lewotebuk dan Dusun Tone 2. Desa ini dihuni 1.069 jiwa atau 268 kepala keluarga (KK) bermata pencaharian petani dan nelayan.

Secara administrasi desa yang memiliki luas wilayah 10.054 meter persegi berbatasan bagian timur dengan Desa Lamanabi, bagian barat Desa Latonliwo 1 dan Desa Latonliwo 2, bagian selatan Desa Lamanabi dan bagian utara Laut Flores. Desa ini sudah dipimpin sedikitnya 4 Kepala Desa, yakni Paulus Dolu (Desa Persiapan), Yosef Nelu Koten, David Iju Koten, dan kini Damianus Bading.

Satu-satunya akses jalan paling mudah hingga sampai di Dusun Basira atau Desa Patisirawalang ditempuh melalui perjalanan laut. Transportasi jalan darat bisa dilalui dari Desa Gekenderan, tapi jalan tersebut buntu lantaran terhalang bukit dan tebing-tebing batu. Mungkin saja dengan alasan itu, membuka isolasi jalan darat dari Desa Gekenderan masih terasa jauh panggang dari api, meski Desa Patisirawalang berada dalam satu wilayah daratan pulau Flores yang tidak terpisah dengan lautan.

Selain dari Desa Gekenderan, perjalanan darat menuju Basira bisa melalui Desa Lamanabi atau persisnya di simpang Waiklibang. Sayang. Lagi-lagi jalan rusak parah dan medannya sangat sulit. Flores Pos menelusuri perjalanan di ruas jalan itu sekitar 30-an kilometer melalui simpang Waiklibang melalui Desa Lamanabi melewati Desa Aransina, Desa Latonliwo 1 dan Desa Latonliwo 2. Mulai jalan simpang Waiklibang-Lamanabi, siapa saja dihadapkan pada keadaan jalan berlubang, aspal pecah dan terkelupas, bebatuan berserakan dan berada pada

topografi perbukitan curam dan lembah yang terjal. Selebihnya di simpang Lamanabi-Koten, Desa Latonliwo, merupakan jalan tanah licin berlubang, bebatuan besar dan kecil serta pasir yang tersebar berserakan.

Setelah menempuh perjalanan sekitar 25-an kilometer dari simpang Waiklibang-Lamanabi dengan tingkat resiko cukup tinggi, perjalanan Flores Pos akhirnya sampai di Dusun Koten, Desa Latonliwo 1. Disinilah perhentian terakhir penelusuran Flores Pos menembus batas isolasi menggunakan kendaraan roda dua, termasuk menggunakan kendaraan roda empat. Jalan darat terputus lantaran ada sungai (kali mati) yang meski pun tidak lebar namun sangat dalam.

“Motor kita titip di rumah saudara dan kita lanjutkan berjalan kaki. Ada jalan sampai di Latonliwo 2 lalu terus ke Basira. Tapi terputus karena di situ ada kali yang tidak bisa dilalui. Kita jalan kaki sejauh 8 km, karena itu kita perpendek jarak melewati pesisir pantai sekitar 5 kilometer. Orang Basira mau ke Koten atau sebaliknya dalam urusan apa saja terutama urusan kesehatan lewat jalan kecil ini soalnya di Koten ada Pustu,” kata Eddy Belen menjelaskan.

Meski dengan perasaan sedikit pesimis akan kemampuan, Flores Pos bersama Eddy Belen, memulai perjalanan lanjutan dengan berjalan kaki. Awalnya hanya datar-datar saja. Namun tidak lama kemudian jalan yang dilalui ternyata membelah bukit dan lembah, menelusuri pesisir pantai, “merangkak” dan sesekali “dipaksa memeluk” tebing-tebing yang langsung berhubungan dengan laut biru hingga perjalanan terhenti di Kampung Lama atau oleh masyarakat Basira disebut *Hurit*. Kampung lama merupakan tempat hidup dan kehidupan masyarakat Basira sebelum gempa dan tsunami 1992 melanda Flores.

Perjalanan sudah lebih dari 2 jam, tapi Basira bukannya semakin dekat malah semakin jauh. Capek dan melelahkan. Selama lebih dari 3,5 jam Flores Pos dan Eddy Belen akhirnya tiba di Dusun Basira. Kemudian diketahui jalan yang baru saja dilalui ternyata menjadi jalan utama warga dan anak-anak pelajar SMP dari Basira. Selama tiga tahun ketika masih SMP, Eddy Belen dan teman-teman lain melewati jalan itu pada pagi ke sekolah dan pada siang saat pulang sekolah. Pemandangan menarik itu terjadi setiap pagi dan siang hingga saat ini bagi para pelajar SMPN 2 Tanjung Bunga yang berasal dari Desa Patisirawalang.

“Pagi dari kampung kami tidak pakai baju seragam, biar nantinya baju seragam tidak basah karena keringat. Sampai di sekitar sekolah kami ganti baju kaos dan pakai baju seragam sekolah. Kami biasanya bawah bekal (makanan). SMPN 2 Tanjung Bunga ada di Koten, pakai jalan potong jaraknya sekitar 5-an kilometer. Besok pagi bung bisa lihat para pelajar tersebut. Di Desa Patisirawalang tidak ada SMP. Siswa-siswi SMP paling banyak ada di desa kami,” kata Eddy Belen, sambil meneguk air kelapa muda, di pantai Kampung Lama, Hurit.

Semangat mengesyam pendidikan bagi masyarakat Basira memang harga mati. Meski perjalanan jauh dan melelahkan selama bertahun-tahun--setiap pagi dan siang--anak-anak pelajar SMP dari Basira tetap tegar menggapai cita-cita. Cita-cita besar tetap mengalir dalam darah anak-anak Desa Patisirawalang. Semangat mereka dan para pelajar yang telah tamat pendidikan menengah menjadi fakta yang tidak terbantahkan. Dari rahim Basira, Desa Patisirawalang telah terpanggil tiga putranya menjadi imam (Rohaniawan Katolik). Mereka yakni Romo Dominikus Luro Kelen, Romo Stefanus Tomeng Kelen dan Romo Yohanes Besi Koten. Dari rahim Basira pula, lahir para pendidik dan aktivis-aktivis sosial

masyarakat yang sangat teruji integritasnya.

Pasca gempa dan tsunami 1992 atau tepatnya pada tahun 1993, warga yang masih berlindung dan bertahan hidup di pondok-pondok (dalam bahasa Lamaholot artinya Riang) yang ada di kebun-kebun sekitar *Hurit*”merelokasi” ke bukit yang kemudian disebut Basira. Mereka merelokasi diri tanpa bantuan rumah bencana dari pemerintah kala itu. Mereka tidak cengeng. Mereka terus bertahan hidup dalam segala keterbatasan dan keterisolasian hingga tahun 1994 dimekarkan definitif menjadi Desa Patisirawalang, lepas dari Desa Latonliwo. Bahkan hingga detik ini.

MINIM PERHATIAN

Selama bertahun-tahun, faktanya Basira atau umumnya Desa Patisirawalang memang minim perhatian dan sentuhan pembangunan infrastruktur jalan darat baik dari pemerintah kabupaten, provinsi maupun pemerintah pusat. Minim pula perhatian pemerintah dari segi pemberdayaan masyarakat akan satu-satunya fasilitas transportasi laut yang selama bertahun-tahun menjadi medannya menembus isolasi dan keterbelakangan.

Sejak lama masyarakat sudah memiliki armada laut tergolong kecil dan sederhana. Masyarakat masih sangat membutuhkan sentuhan pemberdayaan ekonomi masyarakat dari pemerintah yang elegan dan berdayaguna, bukan sentuhan armada laut yang “mencaplok” nafkah para pemilik kapal, juragan dan anak buah kapal (ABK). Disinilah salah satu hakekat dari tujuan pemekaran wilayah/desa--pendekatan pelayanan pada masyarakat.

Pendekatan pelayanan dari sebuah pemekaran wilayah/desa tidak hanya soal urusan-urusan warga dengan

pemerintahan desa, tapi lebih darinya soal keterbukaan akses informasi, infrastruktur jalan darat, fasilitas dan sarana transportasi laut, pelayanan listrik, pelayanan kesehatan yang baik dan benar, pelayanan air bersih dan jaringan telekomunikasi yang mudah terjangkau masyarakat.

Jalan yang dilalui Flores Pos, Jumat (28/11) dari simpang Waiklibang-Lamanabi hingga Dusun Koten, Desa Latonliwo merupakan satu-satunya jalan yang paling muda (bukan ruas jalan dari Riangpuho-Turubean) menembus batas menuju Desa Patisirawalang. Jalan tersebut dibuka melalui Program TNI Manunggal pada tahun 2004. Pada tahun 2010, masa pemerintahan Bupati Simon Hayon dibuka lanjutan ruas jalan dari Desa Latonliwo 1 menuju Desa Latonliwo 2 hingga masuk Dusun Basira atau Desa Patisirawalang.

Mantan Kepala Desa Patisirawalang David Iju Koten, ditemui Flores Pos, di Basira, Minggu (30/11) siang, mengatakan jalan yang telah lama dibuka terputus lantaran ada kali besar yang sulit dilalui dengan kendaraan roda dua atau roda empat dan dalam kondisi rusak parah. Kondisi jalan yang sudah dibuka tersebut mestinya ditingkatkan agar bisa menjadi lebih baik, bukan lebih buruk.

David Iju Koten mengatakan, masyarakat Desa Patisirawalang bagian dari NKRI--bagian dari NTT--dan bagian Kabupaten Flotim. Tapi hingga kini Desa Patisirawalang masih berada dalam "kubangan" keterisolasian. Tidak ada kemauan dan ketulusan hati pemerintah dan dewan melakukan intervensi anggaran mengubah pembangunan dari jalan tanah menjadi jalan beraspal atau semenisasi. Pada musim pesta demokrasi, ramai berbondong-bondong para politisi dan calon pemimpin datang mengobral janji - janji dan sampai saat ini pula tidak ada buktinya.

“Itu tidak masalah. Ketika dipilih menjadi pemimpin berarti pemimpin untuk semua. Ketika dipilih menjadi dewan, berarti menjadi dewan untuk semua wilayah. Harus hilang sekat-sekat perbedaan dan melihatnya secara utuh. Masyarakat Desa Patisirawalang adalah bagian dari NKRI. Bagian dari Provinsi NTT. Dan bagian dari Kabupaten Flotim. Mengapa Desa Patisirawalang masih seperti ini,” katanya.

Hingga kini, kata David, tidak ada peningkatan sama sekali jalan yang sudah lama dibuka tersebut. Bahkan jalan itu kini dalam kondisi rusak parah dan beberapa titik di ruas jalan nyaris tertutup. Seandainya ditanya, kebutuhan apa yang masyarakat Basira atau Desa Patisirawalang butuhkan saat ini? Ya! Masyarakat sangat membutuhkan infrastruktur jalan darat. Itu kebutuhan pokok warga Desa Patisirawalang.

David Iju Koten mengatakan selama bertahun-tahun warga Desa Patisirawalang menggunakan jalan laut yang resikonya sangat tinggi dengan biaya transportasi tinggi pula, apalagi di musim barat gelombang minimal setinggi 5 meter. Sarana air bersih sudah sangat berlimpah. Dengan dana Rp 250 juta, meski diragukan oleh pemerintah saat itu, karena anggaran itu direncanakan hanya 4 kilometer, namun masyarakat dengan cara swadaya memasang pipa hingga 9 kilometer sampai masuk perkampungan.

“Listrik tidak ada, hanya solarex dan jaringan telepon juga tidak ada. Tingkat partisipasi masyarakat dan keinginan maju dan menjadi lebih baik sangat tinggi,” katanya.

Akses perjalanan lainnya bisa melalui laut. Dan melalui jalan laut inilah selama bertahun-tahun warga Desa Patisirawalang bisa ke Kota Larantuka atau keluar dari keterisolasian. Perjalanan laut bisa dari Dusun Basira dimulai dari dermaga labuh tradisonal di Teluk Kelambu. Menariknya,

pada musim timur, antar Mei sampai September, puluhan kapal pesiar para turis secara bergantian berlabuh di Teluk Kelambu.

“Mereka berlabuh tidak sekedar untuk berlindung dari angin laut, tapi juga menikmati keindahan alam pantai dan panorama bawah di sini. Kekayaan pariwisata alam, pantai dan budaya yang ada belum dikelola, baik oleh masyarakat maupun oleh pemerintah,” kata Eddy Belen.

Sementara dari Larantuka, masyarakat Basira membuat dermaga labuh tradisional persisnya di Pantai Gege, Kota Larantuka atau dari Pelabuhan Pendaratan Ikan (PPI) Amagarapati, Larantuka. Waktu tempuh perjalanan dari dua dermaga labu tersebut menuju Basira paling cepat 4 jam lamanya.

Maklum. Transportasi dari dan ke Basira melalui dua tempat ini pun berupa kapal motor berkapasitas muatan 2 sampai 3 GT (Gross Ton) bermesin diesel atau maksimal muatan penumpang 30 orang dan batasan muatan barang tidak melebihi 1,5 ton dalam sekali pelayaran. Jadwal pelayaran seminggu Larantuka-Basira 2 kali, Selasa dan Jumat. Sementara Basira - Larantuka, Senin dan Kamis. Tarif kapal motor sesuai jadwal Rp 25.000 (kini Rp 30.000) per penumpang, belum termasuk barang-barang bawaan.

Tapi sayangnya, Teluk Kelambu untuk berlabuh kapal motor laut ukuran kecil, pun kapal motor bertonase besar tidak tersedia. Setiap kapal berlabuh langsung di pesisir pantai dan tali kapal diikat di beberapa batang pohon di sekitar pesisir pantai. Begitulah, Basira--bukan hanya sekedar dusun/desa terpencil dan terluar. Rasanya paling pantas menyandang gelar dusun/desa yang terlewatkan.

Meski begitu mereka mempunyai kekayaan yang luar

biasa mahalnya; alam, budaya, sumberdaya manusia dan hati. Selama kurang lebih empat hari, Flores Pos berada di tengah-tengah kehidupan mereka. Menelusuri kekayaan yang dimiliki Dusun Basira. Alamnya subur. Jagung, padi, kelapa, jambu mete, kunyit, kopi, kemiri, jeruk nipis, arak (minuman tradisional) dan masih banyak lagi tumbuh subur. Sebagian diangkut ke Larantuka untuk dijual. Pendapatan yang diperoleh dari “menjual” kekayaan alamnya untuk membiayai anak sekolah, membeli kebutuhan pokok di Larantuka dan sebagian digunakan menyambung hidup.

Bukan Dusun Basira kalau bekerja sendiri-sendiri. Budaya gotong royong masyarakat tetap melekat tumbuh dalam kehidupan sosial mereka. Betapa tidak. Hanya membangun rumah pribadi (salah satu warga) semua warga Dusun Basira dari muda sampai yang tua, dari laki-laki sampai perempuan bergerak bak kawan. Mereka bahu membahu membangun.

Wartawan juga menyaksikan warga Basira bergotong royong secara swadaya membangun Kapel (rumah ibadah) Stasi Santo Petrus Paroki Santo Lodovikus Waiklibang. Setiap Sabtu, warga ke pantai memikul pasir yang terkumpul didatangkan dari Lamatou (desa tetangga sekitar 15 kilo) dan batuan. Pasir diangkut dari Lamatou dengan kapal motor.

NTT

Minimnya Faskesda dan Jaminan Kesehatan (Bagian Kedua)

“MENYAKITKAN: HIDUP ATAU PASRAH DAN MATI!”¹

WENTHO ELIANDO

Keterisolasian dan menyandang dusun terlewatkan ternyata tidak berhenti hanya soal infrastruktur jalan darat dan sarana transportasi laut yang tidak memadai. Minimnya fasilitas kesehatan tingkat dasar (Faskesda) menjadi momok yang sangat menakutkan. Betapa tidak. Mau sembuh, sehat, dan mendapat pelayanan kesehatan baik dan benar warga Basira harus mengarungi lautan lepas. Baik, kalau warga menderita sakit pada musim angin timur. Penderita hanya berhadapan dengan gelombang laut yang sedikit lebih bersahabat.

Lalu bagaimana di musim angin barat yang tinggi gelombang bisa 5 sampai 8 meter? Dalam situasi ini--sakit, warga Basira dan beberapa dusun terdekatnya atau dalam wilayah Desa Patisirawalang dihadapkan pada sebuah pilihan menyakitkan: hidup atau pasrah dan mati!. Hebatnya. Mereka tidak pernah menyerah pada keadaan!.

Memang sangat sulit dan menyakitkan karena

1 Naskah sudah dipublikasikan di *Harian Flores Pos*, 8-19 Desember 2014

ketersediaan dan minimnya Faskesda. Di Desa Patisirawalang hanya memiliki Faskesda: Pusat Kesehatan Desa (Puskesdes). Fasilitas didalam seadanya, hanya untuk memenuhi standar kelayakan sesuai regulasi tanpa mempertimbangkan kondisi riil geografis, topografis, akses komunikasi-informasi, penyebab dan penyebaran penyakit serta tingkat kesulitan suatu desa.

“Kami hanya punya 1 bidan bekerja melayani pasien di Puskesdes dan langsung tinggal di kampung ini. Bidan itu harus bekerja melayani dan menolong semua pasien dari berbagai penyakit diderita masyarakat. Selain bidan itu, tidak ada lagi. Puskesdes selalu buka 24 jam,” kata warga Dusun Basira.

Cerita-cerita warga setempat mencengangkan sekaligus menakutkan. Warga yang sakit di musim angin barat, apa pun caranya harus dibawa ke Larantuka untuk mendapatkan pertolongan dan perawatan kesehatan. Pasien dibawa bahkan ditandu menggunakan keranda menuju dermaga labuh, menaiki ke kapal motor dan mengarungi lautan lepas yang sudah tentu dihadapannya dihadap gelombang setinggi 5-8 meter. Belum lagi biaya kapal motor ditanggung keluarga pasien.

Tidak jarang dalam perjalanan menakutkan itu, pasien harus meregang nyawa dan dibawa pulang untuk dimakamkan di kampung halamannya. Bisa saja pasien meninggal bukan lebih semata disebabkan penyakit yang diderita, tapi lebih dari itu karena tekanan dan guncangan psikologis yang hebat dari ganasnya arus dan tingginya gelombang laut.

Cerita lainnya dari sebagian besar warga Basira terungkap menjadi fakta “melawan lupa”. Pada beberapa tahun lalu persisnya di musim angin barat, salah seorang warga Basira

meninggal di Larantuka. Oleh keluarga, jenazah harus dibawa pulang ke Basira. Keluarga dan warga dengan segala cara dan upaya membawa pulang jenazah, berjibaku dengan kencangnya angin barat dan tingginya gelombang laut Kopongde'i.

Apa yang terjadi, kapal motor pembawa jenazah tidak sanggup ketepian untuk berlabuh. Alhasil, peti jenazah dibungkus dengan terpal berlapis dikeluarkan dari kapal motor laut lalu diusung keluarga dan warga lainnya dengan cara berenang sampai ketepian pantai. Pengalaman yang telah menjadi cerita memerihkan sekaligus menakutkan itu melekat dan begitu fasihnya mengalir dalam ingatan warga Basira.

Tidak itu saja. Cerita lainnya ada warga yang menderita penyakit mendadak yang tidak bisa didahului dengan konsultasi ke bidan/perawat di wilayah dusun/desanya. Pasien segera dilarikan ke Larantuka mendapat pertolongan kesehatan. Karena terburu-buru demi menyelamatkan nyawa, surat rujukan tidak dibawa. Keluarga pasien dengan berbagai cara meminta rujukan di beberapa Puskesmas di Larantuka untuk selamatkan "sakit" administrasi" dari si pasien. Pasien dan keluarga tidak bisa berbuat banyak, karena surat rujukan sehingga tidak jarang keluarga pasien beradu urat dengan petugas medis rumah sakit karena tidak membawa serta surat rujukan.

Cerita - cerita pilu dan menakutkan warga Basira dan umumnya Desa Patisirawalang tersebut belum bisa mendapat perubahan dengan sebuah pola dan cara berpikir cerdas semua pemangku kepentingan di Kabupaten Flotim untuk mengubah keadaan dan situasi yang mestinya tidak lazim lagi terjadi dan dialami setiap warga di zaman ini.

"Sampai sekarang belum ada yang bisa mengubah keadaan

ini. Kami tetap masih seperti yang dulu. Berjibaku dengan keadaan. Tidak ada jalan darat hanya ada sarana transportasi laut yang masih minim dan minimnya fasilitas kesehatan,” ujar Vincensius Jamang Belen, warga Dusun Basira.

Siprianus Wuring Belen, Kepala Urusan Pemerintah pada Kantor Desa Patisirawalang kepada Flores Pos, Sabtu (29/11) mengatakan, “Dalam situasi paling sulit dan menyakitkan, warga yang sakit terpaksa pasrah pada nasib. Kalau toh itu memang ajal, tentu menjadi pilihan paling tepat. Nanti Tuhan tolong kami. Kalau Tuhan menghendaki sembuh, ya pasti sembuh. Situasi ini selalu terjadi setiap kesempatan kehidupan kami warga Desa Patisirawalang”.

Menengok Puskesmas Desa Patisirawalang terletak di Dusun Basira memang demikian adanya. Puskesmas memiliki satu orang bidan desa, tak ada perawat/manteri, tak ada oksigen dan stok obat-obatan sangat terbatas. Dalam setahun Puskesmas Pembantu (Pustu) Latonliwo di Dusun Koten anfrak 2 kali setiap enam bulan. Sebelum “naik kelas” berstatus menjadi Puskesmas, Desa Patisirawalang miliki Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu).

“Puskesmas baru berdiri 2 tahun. Dibangun dari PNPM-MP (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat-Mandiri Pedesaan) yang diusulkan masyarakat. Meski masih sangat minim, tapi sudah sedikit lebih baik tidak seperti sebelumnya. Sudah ada bidan melayani masyarakat di wilayah kami. Kalau tidak setengah mati. Kalau sakit kami jalan kaki ke Koten atau mengarungi lautan dengan kapal motor menuju Larantuka,” kata David Iju Koten.

Bidan Desa Puskesmas Desa Patisirawalang Wilhelmina Koten, ditemui Flores Pos, di Puskesmas tersebut, Sabtu (29/11) pagi, mengaku fasilitas kesehatan di Puskesmas Desa

Patisirawalang memang masih minim. Puskesmas dibangun dari dana PNPM-MP hanya dilengkapi 1 tempat tidur melahirkan, dan 1 tempat tidur Nivas. Tidak ada HT (orari) untuk memudahkan komunikasi, karena Desa Patisirawalang tidak ada jaringan telepon dan tidak ada listrik umum. Tidak tersedia oksigen dan masalah kekurangan obat-obatan pelengkap.

“Obat habis, saya biasanya beli sendiri untuk melayani pasien. Banyak pasien berobat. Umumnya batuk, pilek, diare dan penyakit ringan lain. Saya usahakan melayani dan memberi obat. Saya buat rujukan ke RSUD Larantuka kalau ada pasien menderita penyakit lebih besar,” katanya.

Bidan Wilhelmina Koten tetap tegar dan setia berada di tengah masyarakat di daerah terlewatkan, Desa Patisirawalang. Ia betah dan tulus melayani warga. Sudah 8 tahun lamanya, Bidan Wilhelmina Koten setia menghadapi realitas sosial dan kesehatan masyarakat Desa Patisirawalang. Begitu banyak warga menderita penyakit merasakan kesembuhan dari tangannya yang lembut penuh kasih. Begitu banyak ibu-ibu hamil yang selama ini dirawatnya sudah merasakan dan mengalami kelahiran generasi baru Desa Patisirawalang.

“Aturan ibu-ibu hamil mesti melahirkan di fasilitas kesehatan terendah Puskesmas. Jadi kalau ada yang harus melahirkan di sini saya minta buat pernyataan. Banyak ibu hamil melahirkan disini dengan alasan ongkos transportasi sewa kapal motor mahal. Dulu sewa kapal Rp 600.000 tapi sekarang Rp 700.000 sampai Rp 800.000. Itu kalau kejadiannya siang hari. Kalau malam hari harus dibawa ke Larantuka, dan ongkosnya tentu berbeda lagi,” katanya.

Selama delapan tahun bertugas di Puskesmas Desa Patisirawalang, tutur Bidan Wilhelmina Koten sudah empat

kali dan dua diantaranya ia membantu persalinan ibu hamil dalam kapal motor menuju Rumah Sakit Larantuka pada musim angin barat. “Gelombang laut memang besar dan tinggi, tapi itu tugas pelayanan yang harus dijalani. Segala resiko mesti ditanggung, karena penyelamatan nyawa manusia. Masyarakat Desa Patisirawalang berobat di Puskesmas menggunakan Jaminan Kesehatan,” katanya.

Dia menambahkan, “Kalau musim timur masih baik, pakai kapal motor bawa pasien ibu hamil ke Larantuka, tapi kalau musim barat resiko tinggi. Meski begitu kami paksakan karena penyelamatan nyawa manusia,” katanya.

“Ya, memang bertugas di tempat seperti ini harus siap segala resiko termasuk membantu persalinan dalam kapal motor, saat rujuk pada musim angin barat. Selama 8 tahun bertugas, 4 kali persalinan di dalam kapal dan 2 diantaranya pada musim angin barat. Resiko dan tanggungjawab dari tugas yang diembankan pada saya, karena itu mesti saya lakukan dengan tulus hati,” tambahnya.

Berkaca pada realitas kesulitan yang dialami masyarakat dan Bidan Wilhelmina Koten selama 8 tahun, rasanya tidak berlebihan, selain melengkapi Faskesda sesuai regulasi yang ada, mesti pula dibarengi sebuah intervensi kebijakan berdasarkan kondisi geografis, topografis, informasi-komunikasi, penyebab dan penyebaran penyakit serta tingkat kesulitan daerah.

Tentu perlu dipikirkan adalah gebrakan lebih maju kedepan sekaligus semisal menghadirkan fasilitas pelengkap daerah terpencil dan terluar, atau bahkan terlewatkan berupa sebuah kapal motor ambulance kepulauan. Sungguh Desa Patisirawalang hanyalah satu contoh kasus dari sekian banyak desa atau dusun yang masih tersembunyi dibalik

“keangkuhan” (pemerintah dan dewan) membangun Kabupaten Flotim setulus dan sepenuh hati.

Meski ikhtiar pantang menyerah dalam “kubangan” keterisolasian infrastruktur jalan darat dan sarana transportasi laut serta sembuh dari sakit penyakit bagi masyarakat Basira dan Desa Patisirawalang secara umum tidak diragukan dan terbantahkan. Alih-alih hidup sehat di tahun 2025 yang dikampanyekan pemerintah bahkan dunia mungkin--atau bisa saja tidak pernah mulus manakala Desa Patisirawalang dan desa/dusun terpencil dan terluar lainnya di Kabupaten Flotim, Provinsi NTT, masih dibelenggu minimnya Faskesda.

NTT

Minimnya Faskesda dan Jaminan Kesehatan (Bagian Ketiga)

BPJS: MENUJU KEHIDUPAN YANG LEBIH BAIK

WENTHO ELIANDO

Tidak hanya soal minimnya fasilitas kesehatan tingkat dasar di wilayah pedesaan termasuk terluar, terpencil dan terlewatkan. Secara demografi, Flotim adalah kabupaten kepulauan, yakni Pulau Flores paling timur (Larantuka daratan), Pulau Solor dan Pulau Adonara. Secara umum Flotim masih sangat kekurangan fasilitas kesehatan. Flotim hanya memiliki 1 unit Rumah Sakit Umum di daerah (RSUD) Tipe D, yakni RSUD dr. Hendrik Fernandez, 8 unit Puskesmas Rawat Inap Umum, 12 unit Puskesmas Rawat Inap Ibu dan Anak, 41 unit Pustu dan 24 unit Poskesdes.

Hal ini diakui Wakil Bupati (Wabup) Flotim Valentinus Sama Tukan saat peluncuran Program Pendidikan Jarak Jauh Jenjang Pendidikan D3 Keperawatan di RSUD dr Hendrik Fernandez Larantuka, Kamis (17/7) dihadapan mantan Menteri Kesehatan (Menkes) RI Nafsiah Mboi. Dikatakannya kondisi faktual pelayanan kesehatan yang berkualitas masih dihadapkan pada berbagai permasalahan diantaranya belum seimbangny rasio antara tenaga kesehatan dan penduduk, serta belum seimbang fasilitas kesehatan dengan jumlah penduduk Kabupaten Flotim.

Informasi dan penelusuran Flores Pos, di tengah masyarakat juga masih menemukan adanya sejumlah keluhan mengenai pelayanan dan ketersediaan fasilitas pelengkap kesehatan seperti ketersediaan obat-obatan, perawat, bidan dan dokter khususnya dokter spesialis, baik di fasilitas kesehatan tingkat dasar (Poskesdes/Pustu/Puskesmas) maupun pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan--rumah sakit umum (RSU) daerah.

Fakta yang belum bisa terbantahkan saat ini di rumah sakit, pasien rawat inap dan pasien rawat jalan masih membeli obat-obatan di apotik yang berada di luar rumah sakit. Resep obat-obatan yang diberikan tidak tersedia dalam apotik rumah sakit atau obat-obatan umumnya di luar dari formularium nasional (Fornas). Parahnya lagi dalam rumah sakit sendiri tidak dilengkapi apotik pelengkap, sehingga sudah barang tentu obat-obatan di apotik luar rumah sakit harganya relatif jauh lebih mahal dengan rata-rata harga di atas Rp 100.000.

Masyarakat terutama pasien dan keluarga pasien terkesan seolah “diarahkan” membeli obat-obatan di apotik luar rumah sakit. Dalam situasi dan kondisi itu keluarga pasien seperti buah simalakama--mau tidak mau harus membeli obat-obatan di apotik luar rumah sakit, karena yang ada dalam pikiran keluarga kesembuhan pasien. Ini adalah persoalan kronis yang hingga kini masih melilit fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, RSU di Flotim.

Direktur RSUD dr Hendrik Fernandez Larantuka Emanuel Ileatan Lewar, kepada Flores Pos, melalui telepon, Sabtu (13/12) mengatakan pada tahun anggaran 2014, RSUD Larantuka mendapat alokasi anggaran pengadaan alkes khusus obat-obatan Rp 1,6 milyar. Pengadaan obat-obatan dilakukan sesuai fornas E Katalog. Selain itu juga pengadaan obat-obat di luar E Katalog dan obat-obat emergensi.

“Sementara tenaga kesehatan bidan dan perawat sekitar di rumah sakit umum memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 2 dokter spesialis penunjang. Dokter umum ada 6 orang terdiri dari dokter PNS dan dokter kontrak. Perawat dan bidan sekitar 90-an orang,” katanya.

Pengalaman yang sama soal ketersediaan obat-obatan juga terjadi di fasilitas kesehatan tingkat dasar terpencil, terluar dan terlewatkan. Poskesdes desa terlewatkan. Desa Patisirawalang di Dusun Basira, Kecamatan Tanjung Bunga, menjadi salah satu rujukan fakta soal keterbatasan persediaan obat-obatan. Poskesdes Basira mendapat/mengambil jatah obat-obatan 2 kali di Pustu Koten yang melakukan anfrak.

Jika dalam perjalanan waktu (belum anfrak lagi), persediaan obat-obatan telah habis, maka bidan Poskesdes merogok kocek sendiri membeli obat-obatan. Sudah bisa dipastikan pengalaman yang sama terjadi juga di fasilitas kesehatan tingkat dasar lainnya di Kabupaten Flotim.

Ketua DPRD Flotim Yoseph Sani Bethan yang ditemui Flores Pos, dikediamannya, Sabtu (13/12) mengatakan setiap tahun alat-alat kesehatan (Alkes) terutama obat-obatan menjadi anggaran rutin dari pemerintah yang dialokasikan ke RSUD dr Hendrik Fernandez Larantuka. Jadi kalau ada fasilitas kesehatan, baik tingkat dasar maupun tingkat lanjutan masih mengalami kekurangan obat maka menjadi pertanyaan. Mengenai minimnya fasilitas kesehatan memang secara umum harus diakui, bahwa belum seimbang rasio tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan dengan jumlah penduduk Kabupaten Flotim.

“Secara lembaga, ini akan menjadi perhatian kami. Kita tentu akan mendorong pemerintah untuk memperhatikan masalah minimnya fasilitas kesehatan tersebut dan

ketersediaan obat-obatan di fasilitas kesehatan tingkat dasar dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan di Kabupaten Flotim,” katanya.

Ia mengatakan mengenai obat-obatan setiap tahun ada anggaran dialokasikan untuk rumah sakit. Tapi bisa saja obat-obatan yang didatangkan tidak sesuai dengan kebutuhan, maka kedepan diharapkan pemerintah perlu melakukan estimasi secara cermat mengenai kebutuhan obat-obatan dan jenis penyakit yang sering muncul pada musim-musim tertentu sehingga obat-obatan yang didatangkan bisa terpakai atau tidak mubajir.

“Tentu kita prihatin anggaran besar yang dialokasikan, tapi obat tidak digunakan karena tidak sesuai kebutuhan dan jenis penyakit. Sangat disayangkan kalau obat-obat yang didatangkan tidak terpakai. Karena itu pemerintah mesti lebih selektif membuat perencanaan dalam pengadaan obat-obatan. Pengadaan harus sesuai dengan kebutuhan dan jenis penyakit yang sering muncul. Ini akan menjadi perhatian,” katanya.

Yoseph Sani Bethan mengatakan untuk daerah terpencil dan terluar memang harus diakui, selain karena kurang perhatian dan pengawasan dalam melengkapi fasilitas kesehatan dasar, juga terkendala infrastruktur jalan yang belum dibuka dengan baik dan memadai. Seandainya infrastruktur jalan sudah terpenuhi semua tentu mobilisasi, distribusi tenaga kesehatan, kelengkapan fasilitas kesehatan dan mobilitas masyarakat tentu dengan sendirinya ikutan. Hal ini juga menjadi perhatian pemerintah dan lembaga DPRD.

Dari tahun ke tahun, fakta tersebut (kalau tidak berlebihan) tidak mengalami perubahan. Manajemen pelayanan fasilitas kesehatan dasar dan tingkat lanjutan masih menempatkan profesionalisme pelayanan yang baik dan benar ke masyarakat

pada tempat paling terbelakang. Jadi tidak ada pilihan lain selain perlu membenahi perangkat fasilitas kesehatan dan mutu pelayanan fasilitas kesehatan di Kabupaten Flotim termasuk melakukan langkah tepat dan benar sesuai undang-undang kepada seorang dokter umum, dokter spesialis atau dokter gigi untuk menduduki jabatan sebagai Direktur RSUD Larantuka.

“Untuk pimpinan tertinggi rumah sakit harus dijabat seorang dokter umum atau dokter gigi. Ini bukan kata saya, tapi kata undang-undang,” kata mantan Menkes Nafsiah Mboi, saat melaunching Program Pendidikan Jarak Jauh Jenjang Pendidikan D3 Keperawatan, di RSUD Larantuka, Kamis (17/7) lalu.

Minimnya fasilitas kesehatan diperparah dengan kurangnya perhatian daerah memberi jaminan kesehatan bagi masyarakatnya. Meskipun regulasi secara nasional sudah jelas menegaskan pemerintah daerah (Pemda) mengintegrasikan masyarakat yang mendapat jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) serta pegawai daerah menjadi peserta BPJS Kesehatan. Hingga kini, satu-satunya RSU di Flitim belum dilengkapi fasilitas BPJS Center yang memadai.

Padahal, BPJS Kesehatan mempunyai peran sangat penting bagi masyarakat (pasien) peserta yang menderita sakit dan menjalani perawatan di fasilitas kesehatan. BPJS Kesehatan menanggulangi resiko berkurangnya pendapatan warga negara akibat sakit yang dananya diperoleh dari adanya iuran peserta dan anggaran pemerintah. Manfaat bagi peserta BPJS, yakni uang tunai, pelayanan rehabilitasi dan pelayanan kesehatan.

Kepala Layanan Operasional Kabupaten (KLOK) BPJS Kesehatan Kabupaten Flores Timur (Flotim) Gabriel M.M

Boleng, ditemui Flores Pos, Senin (8/12) mengatakan Pemda belum mengintegrasikan peserta Jamkesda ke BPJS Kesehatan, mungkin karena masih terkendala anggaran. BPJS Kesehatan Larantuka sedang melakukan koordinasi agar Pemda mengintegrasikan kepesertaan Jamkesda di tahun kedua ini ke BPJS Kesehatan pada tahun 2015.

“BPJS Kesehatan Larantuka sedang berusaha melakukan konsultasi dengan Pemda apakah bisa tidak di tahun kedua diserahkan ke BPJS. Kedepan pendaftaran peserta harus mempunyai rekening bank dan mempunyai nomor handphone untuk dapat dihubungi (kontak person). Saya melihat kalau dari masyarakat memiliki kesadaran tinggi mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS Kesehatan. Setiap hari pendaftar bertambah,” katanya.

Gabriel Boleng menjelaskan pembayaran premi peserta Jamkesmas dilakukan pemerintah pusat, sementara sisanya yakni peserta Jamkesda diharapkan menjadi tanggungan Pemda. Tapi sampai sekarang Pemda masih menggunakan Jamkesda. Premi Jamkesda sama dengan premi Jamkesmas. Peserta Jamkesmas Kabupaten Flotim yang terdata berjumlah 112.065 orang.

“Data peserta terdaftar langsung berhubungan melalui server pusat, sehingga semua data pastinya ada di Kantor Cabang BPJS Kesehatan di Maumere yang membawahi 3 kabupaten, yakni Sikka, Flotim dan Lembata. Awal-awalnya sepi, tapi sekarang sudah banyak warga yang mengerti sehingga sudah semakin banyak mendaftarkan,” kata Gabriel Boleng.

Data Kantor BPJS Kesehatan Cabang Maumere per November 2014, dari 701.619 warga tiga kabupaten yang bernaung dibawah Cabang BPJS Kesehatan Maumere, yakni

Kabupaten Sikka, Kabupaten Flotim dan Kabupaten Lembata baru 460.049 atau 65,57 persen yang bergabung menjadi peserta BPJS Kesehatan. Dari 460.049 warga yang menjadi peserta BPJS ini terdiri dari kelompok penerima bantuan iuran sebanyak 320.793 orang, kategori pekerja bukan penerima upah sebanyak 54.295 orang, kelompok peserta bukan penerima upah atau yang mandiri sebanyak 11.865 orang, kelompok pensiunan dan veteran sebanyak 9.789 orang dan sisanya dari Jamkesda yang sudah terintegrasi. Warga tiga kabupaten yang belum masuk menjadi anggota BPJS tersisa 241.570 jiwa atau 34,43 persen (*Flores Pos Edisi*, Jumat 25/11/2014).

Ketua DPRD Flotim Yoseph Sani Bethan, lebih lanjut kepada *Flores Pos*, mengatakan permasalahan utama belum diintegrasikannya peserta Jamkesda ke BPJS Kesehatan lebih karena keterbatasan anggaran daerah. Namun sebagai lembaga, akan mendorong pemerintah melakukan langkah-langkah yang cermat dan tepat untuk mengintegrasikan peserta Jamkesda ke BPJS Kesehatan secara bertahap.

“Regulasi mewajibkan pemerintah daerah melakukan langkah-langkah tersebut, karenanya hal ini menjadi perhatian lembaga dan Pemda,” kata Sani Bethan.

Mengacu pada berbagai persoalan tersebut masyarakat dihadapkan pada sebuah pilihan tepat agar memanfaatkan berbagai produk jaminan sosial yang digelontorkan secara nasional oleh pemerintah. Saat ini negara telah memberi jaminan bagi setiap warga negara untuk mendapatkan jaminan sosial melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yakni BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan.

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk melalui Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU No 24 Tahun 2011 tentang

BPJS untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan bagi seluruh warga negara dan bukan warga negara Indonesia (WNA) dengan berbagai syarat dan ketentuan.

Asih Eka Putri, Anggota Tim Penasehat SJSN, dihadapan para jurnalis peserta workshop Aliansi Jurnalis Independen (AJI) bekerja sama dengan Friedrich Ebert Stiftung (FES), di Sea World Club, Waiara, Kabupaten Sikka, Sabtu (25/10), mengatakan SJSN berfungsi menjadi instrumen negara menanggulangi resiko berkurangnya pendapatan warga negara akibat sakit, kecelakaan kerja, cacat tetap total, atau pensiun yang dananya diperoleh dari adanya iuran peserta dan anggaran pemerintah untuk menjamin manfaat bagi peserta. Peserta secara bergotong-royong membayar iuran jaminan sosial.

Asih Eka Putri mengatakan pemerintah turut mendanai SJSN untuk mensubsidi iuran jaminan sosial nasional (Jamsosnas) bagi orang miskin dan tidak mampu atau penerima bantuan iuran (PBI). Manfaat yang diperoleh peserta program jamsosnas, yaitu uang tunai, pelayanan rehabilitasi dan pelayanan kesehatan. Program jaminan kesehatan memberikan pemeliharaan dan pelayanan kesehatan untuk peserta dan anggota keluarganya. Manfaat program jaminan kesehatan komprehensif, terdiri dari pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, perawatan dan rehabilitasi medis.

Asih Eka Putri mengatakan selain itu UU telah secara jelas dan tegas menginstruksikan pembangunan sistem jamsosnas merupakan urusan yang didesentralisasikan kepada Pemda. Hal ini terjalin dalam pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan program jaminan sosial di era desentralisasi dan otonomi daerah. Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang,

termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang telah membayar iuran.

“Manfaat masuk menjadi peserta BPJS Kesehatan sangat besar untuk pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak; menanggulangi resiko ekonomi karena sakit. Bagi penduduk tidak mampu iuran dibayar pemerintah. Selain itu pemerintah daerah mesti pula melengkapi semua fasilitas kesehatan tingkat dasar dan tingkat lanjutan agar dana BPJS Kesehatan yang di-iur oleh peserta tidak diklaim fasilitas kesehatan di luar daerah karena fasilitas kesehatannya lebih lengkap dan lebih memadai,” katanya.

Berdasarkan panduan layanan bagi peserta BPJS Kesehatan yang diperoleh Flores Pos dari Kantor Operasional BPJS Larantuka, peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang telah membayar iuran meliputi; (1) Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan: fakir miskin dan orang tidak mampu dengan penempatan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. (2) Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI). Mereka, yakni PNS, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non PNS, Pegawai Swasta dan pekerja tidak termasuk tersebut di atas yang menerima upah.

Setiap calon peserta yang sudah menjadi peserta mempunyai hak mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah memperoleh pelayanan kesehatan, memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku, mendapat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

Selain itu peserta mempunyai kewajiban mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama, menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak, dan mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

SUMATERA BARAT

FASILITAS RUMAT SAKIT MINIM, MASYARAKAT BEROBAT KE DUKUN¹

ARJUNA NUSANTARA

Masyarakat di Nagari (desa) Sungai Duo, Kabupaten Dharmasraya, Sumatera Barat, masih banyak yang berobat ke dukun. Pasalnya, budaya dan tradisi masyarakat di sini masih kental. Bahkan, dalam kampung itu ada yang dinobatkan sebagai “dukun kampung”.

“Masyarakat kita masih percaya dengan dukun. Memang tidak semua, tapi bisa dikatakan mayoritas. Karena memang dukun bisa mengobati beberapa jenis penyakit,” kata Dirsal Datuak Paduko Bosau, pemimpin tertinggi secara adat masyarakat Sungai Duo, Sabtu 28 Desember 2013.

Menurutnya, kemampuan para dukun untuk mengobati dengan memanfaatkan dedaunan dan hasil alam lainnya, membuat masyarakat memilih berobat ke dukun. Di samping tidak memakan biaya, juga tidak melewati birokrasi yang rumit.

“Kita bisa lihat, masyarakat yang sakit, pasti berobat ke

1 Naskah sudah dipublikasikan di <http://nasional.news.viva.co.id/news/read/469625-ketika-sebagian-masyarakat-masih-berobat-ke-dukun>

dukun dulu. Apalagi sakitnya hanya demam dan sakit perut dan sakit kepala,” ujar Dirsal.

Sebenarnya, penyakit apapun bisa diobati oleh dukun. Soal kesembuhan, itu urusan belakangan. “Kita kan hanya bisa berusaha. Kita mengobati semua penyakit dengan alam disertai doa kepada Tuhan. Soal kesembuhan, itu urusan Tuhan. Tapi kuncinya doa,” kata Ilyas, salah seorang yang dikenal dukun oleh masyarakat setempat.

Namun, penamaan penyakit berbeda dengan dunia kesehatan. Dukun biasanya menamai penyakit dengan istilah-istilah mitos di kampung tersebut. Misalnya, Tasapo, Kalintasan, Tumbuhan dan lainnya.

Jamalis (52 tahun) misalnya, perempuan yang sering berobat ke dukun. Dia paling sering berobat dengan ritual Batimbang Salah. Batimbang Salah adalah pengobatan untuk penyakit yang tak kunjung sembuh setelah menjalani ritual-ritual lainnya.

“Saya sering sakit. Saya sering berobat ke dukun. Bukannya tidak pernah berobat ke rumah sakit, pernah juga, tapi lebih sering berobat ke dukun,” katanya.

Menurut data yang didapatkan oleh Forum Dharmasraya Sehat, forum binaan Dinas Kesehatan dan Bappeda ini, 40 persen masyarakat masih berobat ke dukun. Ini disebabkan oleh fasilitas puskesmas dan rumah sakit yang tidak memadai.

“Data terakhir yang kita dapatkan, masih ada 40 persen masyarakat yang masih berobat ke dukun. Karena pengaruh dukun masih kuat dan pelayanan rumah sakit yang belum memadai,” kata Muhammad Amin, MA, Wakil Ketua Forum Dharmasraya Sehat yang mendapat penghargaan Swasti Saba Padapa dari Presiden melalui Menteri Kesehatan.

Kepala Rumah Sakit Daerah kelas C Kabupaten

Dharmasraya Heni Rita, M. Kes, mengakui kelemahan rumah sakit satu-satunya di Dharmasraya itu. Dia mengatakan secara fasilitas masih kurang.

“Kita secara umum fasilitas masih kurang. Tapi dokter dan SDM sudah mencukupi untuk kelas C,” katanya, Minggu 29 Desember 2013.

Hingga saat ini, rumah sakit yang dipimpin Heni Rita memiliki 110 tempat tidur. Tahun 2014, akan ditambah 16 unit lagi. “Alat-alat yang kurang adalah alat-alat besar, misalnya untuk operasi dan alat operasional lainnya. Tapi pemerintah akan berupaya terus untuk melengkapi dalam menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional 2014 nanti,” ujarnya.

Heni menambahkan, pemerintah sedang berupaya melengkapi sambil mempersiapkan rumah sakit baru yang lebih memadai. “JKN memang berat. Secara prosedural kita sudah siap, tapi fasilitas masih kurang. Namun pemerintah akan terus berupaya.”

Menurut Muhammad Amin, untuk kasus melahirkan, Dinas Kesehatan Dharmasraya memberi sertifikat bidan yang tersebar di daerah untuk menangani persalinan. Hingga saat ini, sudah ada 30 bidan yang mendapat sertifikat itu dan tersebar di berbagai kecamatan.

“Saking kuatnya pengaruh dukun, para bidan itu membuat MoU dengan dukun setempat. Mereka bekerjasama dalam membantu masyarakat melahirkan. Jika masyarakat ingin berobat ke dukun silahkan, begitu juga jika ingin ke bidan. Kerjasama ini bertujuan untuk menghindari perselisihan antara bidan dan dukun,” kata Muhammad Amin.

Menurut Amin, fasilitas dan pelayanan kesehatan yang kurang membuat masyarakat memilih berobat ke luar daerah. Tidak hanya bagi masyarakat yang mampu, tapi masyarakat

yang tahu kondisi pelayanan kesehatan di daerah itu mencoba menghindarinya, meskipun kekurangan biaya.

“Ada yang berobat ke rumah sakit luar Dharmasraya, dan ada yang memilih berobat ke dukun,” tambah Amin.

Satu kasus yang dijumpai VIVA.co.id di lapangan yang tidak biasa adalah pihak rumah sakit “merujuk” pasien ke dukun. Nanda Fitrah (27 tahun), pernah mengalami sakit di bagian kepala. Saking sakitnya, Nanda Fitrah meraung dan membentak-bentak hingga pingsan.

“Saya merasakan sakit itu berulang kali. Awalnya berobat ke dukun. Sempat sembuh, tapi dalam waktu tertentu dia datang lagi. Akhirnya keluarga memutuskan untuk dibawa ke rumah sakit.

Setiba di rumah sakit kami mendapat jawaban mengejutkan. Hasil pemeriksaan mengatakan saya tidak mengalami sakit apa-apa. Akhirnya pihak rumah sakit waktu itu menyarankan agar saya pulang dan berobat kampung,” Nanda menceritakan pengalamannya tahun 2009 silam.

Akhirnya Nanda berobat ke dukun lagi. Nanda terpaksa memakai jimat yang diberi dukun. Nanda tidak punya pilihan, dia harus meyakini dukun, karena hingga saat ini, sesekali sakit kepalanya masih kambuh.

Kondisi pelayanan kesehatan di atas, menjadi tantangan untuk menerapkan program JKN di Dharmasraya. Delapan orang masyarakat berprofesi petani yang ditanya, mereka belum ada yang tahu tentang JKN. Ketika dijelaskan sistem JKN yang memungut iuran, mereka mengeluh.

Namun menurut Amin, Pemerintah sudah melakukan sosialisasi kepada bidan, pihak puskesmas dan tokoh masyarakat. Sosialisasi belum sampai ke masyarakat secara luas. “Melihat kondisi sekarang, sepertinya pola pikir

masyarakat akan berubah. Animo untuk berobat ke rumah sakit akan meningkat. Perlahan kita coba sadarkan masyarakat.”

JKN adalah program Jaminan Sosial Nasional (JSN) untuk masyarakat yang akan dimulai 1 Januari 2014. Program ini akan diberlakukan bagi semua masyarakat Indonesia yang rela membayar iuran sesuai aturan. Dengan iuran tetap, peserta akan mendapatkan Jaminan Kesehatan, Jaminan Hari Tua, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Pensiun dan Jaminan Kematian.

Program ini akan menyatukan antara Jaminan Sosial Tenaga Kerja dan Asuransi Kesehatan. Peserta Jamsostek dan Askes secara otomatis akan terdaftar sebagai peserta Jaminan Sosial Nasional. Bagi masyarakat yang tidak terdaftar di Jamsostek dan Askes bisa mendaftar sendiri.