BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Usaha ke arah itu sesungguhnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes dan PT Jamsostek yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah pusat memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan pemerintah daerah dengan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali (Kesehatan K. , 2016, hal. 74).

Jaminan sosial *(at-takaful al-ijtima'iy)* adalah salah satu rukun ekonomi Islam yang paling azasi (mendasar dan esensial) di antara tiga rukun ekonomi Islam lainnya. Prof. Dr Ahmad Muhammad 'Assal, Guru Besar Universitas Riyadh, Saudi Arabia, dalam buku *An-Nizam al-Iqtishadity al Islami,* menyebutkan bahwa rukun paling mendasar dari ekonomi Islam ada tiga, yaitu kepemilikan *(al-milkiyyah),* kebebasan *(al-hurriyyah)* dan jaminan sosial *(at-takaful al-ijtima'iy).* Jaminan sosial, dengan demikian menduduki posisi yang sangat penting dalam Islam, karena itu secara substansial, program pemerintah Indonesia menerapkan sistem jaminan sosial di Indonesia, melalui konsep Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang sudah diundangkan tahun 2004 dan melalui pembentukan BPJS yang diundangkan tahun 2011, sesungguhnya merupakan tuntutan dan imperatif dari ajaran syariah. Maka patut disyukuri dan diberikan apresiasi yang tinggi kepada Negara atau *ulil amri* (pengelola negara)

yang telah menerapkan program kesejahteraan masyarakat melalui pembentukan BPJS ini, baik BPJS Kesehatan maupun BPJS Ketenagakerjaan (Agustiyanto, 2014).

Penyelenggaraan program jaminan sosial merupakan tanggung jawab dan kewajiban Negara dalam rangka memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat guna terciptanya masyarakat yang mampu berkontribusi dalam pembangunan bangsa dan Negara. Dalam UU Sistem Jaminan Sosial Nasional, Jaminan Sosial akan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang merupakan transformasi kelembagaan dari PT ASKES (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero), dan PT ASABRI (Persero). Guna memberikan kepastian hukum bagi pembentukan BPJS diterbitkanlah Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Berdasarkan UU tersebut, akan dibentuk dua BPJS yaitu BPJS Kesehatan yang merupakan transformasi dari PT ASKES (Persero) dan BPJS Ketenagakerjaan yang merupakan transformasi dari PT JAMSOSTEK (Persero). UU BPJS belum mengatur mekanisme transformasi PT ASABRI (Persero) dan PT TASPEN (Persero) dan mendelegasikan pengaturannya ke Peraturan Pemerintah. Pemerintah telah menjadwalkan pada tanggal 1 Januari 2014 PT ASKES (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) tersebut berubah menjadi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan serta keduanya dinyatakan bubar oleh UU BPJS (Afriyanti, 2014).

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. BPJS Kesehatan Jenis BUMN Industri/jasa Kesehatan Didirikan 1968 (sebagai BPDPK) Kantor pusat Jln. Let. Jend. Suprapto Cempaka Putih Jakarta Pusat. BPJS Kesehatan bersama BPJS Ketenagakerjaan (dahulu bernama Jamsostek) merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31 Desember

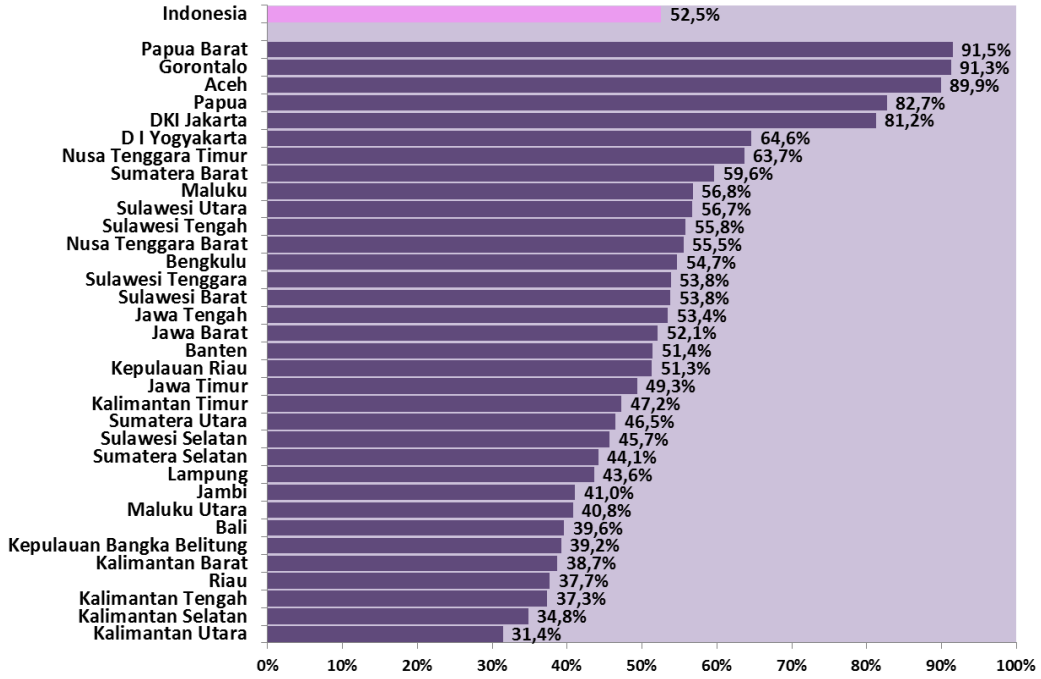
2013. Untuk BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi sejak 1 Juli 2014.

Sampai dengan Desember 2014 kepersertaan program JKN berjumlah 133.423.653 peserta yang terdiri dari peserta PBI yang berjumlah 95.167.229 dan peserta non PBI berjumlah 38.256.424 peserta. Peserta PBI terdiri dari peserta dengan iuran bersumber dari APBN berjumlah 86.400.000 peserta dan yang bersumber dari ABPD berjumlah 8.767.229 peserta. Sedangkan peserta non PBI terdiri atas pekerja penerima upah berjumlah 24.327.149 peserta, pekerja bukan penerima upah berjumlah 9.052.859 peserta, dan bukan pekerja berjumlah 4.876.416 peserta (Kesehatan K. , 2016, hal. 75).

Gambar 1.1

Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan

Per 31 Desember 2014



Sumber: BPJS Kesehatan, 2015 dalam Profil Kesehatan Indonesia 2015

BPJS telah beroperasi terhitung sejak 1 Januari 2014. Selama masa perjalanannya, tidak sedikit dampak negatif yang dirasakan masyarakat yang mengasuransikan dirinya di BPJS Kesehatan, terutama terkait dengan masalah pelayanan kesehatan yang didapatkan. Tidak hanya itu, banyak pihak yang mengklaim buruknya layanan kesehatan pasien BPJS Kesehatan, karena beberapa pasien BPJS Kesehatan terutama terkait mayarakat miskin yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) menyebutkan bahwa tidak jarang mereka menerima pelayanan kesehatan yang buruk dari RS yang bekerjasama dengan pihak BPJS. Misalnya, ketiadaan kamar rawat inap kelas III, terdapat beberapa obat khusus yang dibutuhkan pasien tidak bisa diklaim oleh BPJS, dan penanganan yang lambat, serta beberapa rumah sakit yang tidak melayani pasien BPJS sekalipun telah terjalin kerjasama dengan pihak BPJS.

Selain itu, terdapat pula beberapa testimoni para peserta BPJS Kesehatan sejak didirikannya yang dikutip dari beberapa sumber, di antaranya dari kaskus.co.id pada 30 Mei 2015 :

Penderita Hydrocepallus Berobat Gratis Pakai Kartu BPJS

Warga Labuhan Maringgai, Lampung Timur, Supriana, merasa terbantu dengan kehadiran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Sebab, dia tidak perlu mengeluarkan biaya selama bayinya yang mengidap penyakit hydrocepallus (kepala membesar akibat cairan) dirawat di Rumah Sakit Umum Abdul Moeloek (RSUAM). “Saya berobat dengan menggunakan (kartu) BPJS. Saya terbantu karena biaya pengobatan anak saya gratis,” kata Supriana di RSUAM, Bandar Lampung, pada Rabu, 26 Februari 2014. Supriana merupakan ibu dari Caca Handika. Bayi laki-laki yang berusia 40 hari itu menjalani perawatan di RSUAM karena menderita penyakit hydrocepallus. Selama berobat, pasien pemegang kartu BPJS tersebut menempati ruang perawatan kelas III. “Saya pakai (ruang perawatan) kelas III dengan iuran Rp 25 ribu per bulan. Kalau tidak pakai BPJS saya tidak tahu harus membayar biaya pengobatan anak saya dengan apa,” ujar

Supriana. Supriana pun berpendapat, bahwa program JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan adalah program yang mulia. Dengan semangat gotong royong, biaya pelayanan kesehatan yang sangat mahal bisa diatasi. Priana pun ikhlas membayar premi seumur hidup. “Apabila tidak digunakan bisa dipakai oleh orang lain yang membutuhkan” ujarnya.

Daftarnya Mudah, Kemoterapi pun Gratis

HA, seorang warga asal Pulogadung, Jakarta Timur, menuturkan bahwa untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan tidaklah serumit yang dikira. Pada 7 Februari 2014, ia mengunjungi Kantor BPJS Kesehatan di Cempaka Putih untuk mendaftar sebagai peserta mandiri BPJS Kesehatan. “Saya bawa semua berkas yang diperlukan, mulai dari KTP, KK, dan pasfoto ukuran 3×4. Prosesnya cepet kok, satu jam langsung jadi, nggak ribet,” katanya. Selain proses pendaftaran yang mudah, HA juga mengakui pelayanan yang ia peroleh saat berobat menggunakan kartu BPJS Kesehatan terbilang memuaskan. Sebelumnya, ia dirujuk oleh Puskesmas Pulogadung ke RSPAD Gatot Subroto karena terdapat indikasi medis yang memerlukan penanganan dokter spesialis. Saat itulah ia mengetahui bahwa dirinya menderita tumor. “Di sana saya dirujuk ke dokter spesialis saraf. Penanganannya juga baik dan cepat. Mulai dari cek laboratorium, MRI, sampai kemoterapi, semuanya nggak dikenai biaya sama sekali,” paparnya. Saat ini HA masih melakukan kemoterapi secara rutin. Peserta BPJS Kesehatan kelas I itu pun menyarankan agar BPJS Kesehatan terus meningkatkan pelayanan dan sosialisasi kepada masyarakat, termasuk para tenaga medis yang bekerja di rumah sakit agar pelaksanaan program JKN bisa berjalan semakin baik.

Cuci Darah 2 kali Seminggu Tasrini Terbantu BPJS Kesehatan

Sebelum program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan BPJS Kesehatan beroperasi 1 Januari 2014, Tasrini (37), seorang warga Desa Eretankulon, Kecamatan Kandanghaur harus cukup sulit memperoleh biaya untuk penyakit yang diderita suaminya, yaitu gagal ginjal. Suami Tasrini harus

menjalani cuci darah minimal 2 kali dalam seminggu untuk menyambung hidup. Tasrini pun mengaku meminjam/menghutang ke kerabat maupun orang lain untuk biaya cuci darah. Tasrini (37) mengaku sangat terbantu dengan program BPJS Kesehatan. Dengan hanya membayar Rp 25.500 per bulan, dia bisa membiayai pengobatan suaminya, Tarmin (42) untuk cuci darah dua kali dalam seminggu. "Kalau biaya normal ya Rp 600.000 setiap cuci darah dan tentu saya tidak sanggup membayarnya. Tapi, karena ada program BPJS ini, suami saya bisa terus cuci darah," katanya.

Sejak BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) diberlakukan, terjadi permasalahan yang dialami pasien BPJS secara nasional. Ketidakpuasan pasien maupun fluktuatif jumlah pengunjung. Salah satunya terjadi di Instalasi Rawat Jalan RSUD dr. Soedarso (Sugiarto, 2016, p. 1). Hal di atas hanyalah beberapa contoh mengenai bagaimana sistem pelayanan fasilitas kesehatan dalam formasi BPJS Kesehatan yang belum terlaksana dengan optimal. Pelayanan kesehatan buruk yang didapatkan oleh para anggota BPJS kesehatan khususnya, seakan bertentangan dengan kedudukan BPJS Kesehatan sebagai badan yang dibentuk untuk kepentingan, terutama masyarakat kurang mampu. Namun, akan tidak adil jika peneliti hanya menilai dari satu sisi saja, sisi sosial tepatnya asuransi, bukan sebagai perusahaan komersil seutuhnya. BPJS Kesehatan selaku badan sosial setidaknya mampu menanggulangi masalah kesehatan yang dialami masyarakat. Sangat mustahil, jika selama kurang lebih dua tahun perjalanannya, BPJS tidak mampu mencapai visi dan misi sucinya sedikitpun, hanya bergantung pada kacamata yang digunakan untuk analisis manfaatnya.

Sebagaimana kita ketahui bahwa kesehatan merupakan aspek penting dalam kehidupan manusia. Dengan kondisi fisik yang sehat maka manusia dapat melakukan aktifitas secara optimal. Oleh sebab itu, kesehatan menjadi salah satu aspek kesejahteraan dan salah satu fokus utama pembangunan manusia. Atas dasar tersebut, seperti yang tercantum dalam Indikator Kesejahteraan Rakyat Kota Yogyakarta (2014, p. 5), pemerintah menggalakkan berbagai program

untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang menjadi fokus penelitian ini, yaitu angka harapan hidup, angka kematian bayi, pemanfaatan fasilitas kesehatan, prevalensi gizi buruk, dan imunisasi dengan studi kasus di daerah Yogyakarta .

Dari data BPS Kota Yogyakarta tentang Indikator Kesejahteraan Rakyat Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2013 menunjukkan bahwa angka harapan hidup di DIY mengalami peningkatan dari 73, 27 tahun menjadi 73,62 tahun. Kesehatan masyarakat di Kota Yogyakarta cenderung mengalami peningkatan yang salah satunya ditandai dengan meningkatnya angka harapan hidup saat lahir. Tahun 2014 angka harapan hidup di Kota Yogyakarta sebesar 74,05 cenderung sama bila dibandingkan dengan tahun 2013 yang tercatat sebesar 74,05. Dari angka tersebut dapat diartikan bahwa anak yang lahir pada tahun 2013 diperkirakan akan hidup rata-rata sampai umur 74,05 tahun (Indikator Kesejahteraan Rakyat Kota Yogyakarta, 2014, p. 11).

Berbicara mengenai program asuransi, jika dikaitkan dengan prinsip *maqashid al-syariah* dalam hal ini prinsip *hifdz al-maal* dan *hifdz al-nafs*, akan sangat relevan terhadap manfaat yang diperoleh oleh peserta BPJS Kesehatan berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Penggunaan kacamata *maqashid al-syariah* dalam penelitian ini dimaksudkan agar pemerintahan di Indonesia dan segala yang ada di dalamnya, khususnya BPJS Kesehatan mampu menjalankan fungsinya selaras dengan tujuan disyariahkannya hukum dan mampu menciptakan organisasi yang berkemaslahatan bagi para karyawan dan *stakeholder* yang ada di dalamnya. Hal tersebut sesuai dengan kondisi bangsa Indonesia yang merupakan Negara dengan penduduk Muslim mayoritas di dunia.

Jika dilihat dengan kacamata *maqashid al-syari'ah*, BPJS telah melaksanakan misi mulianya terkait pelayanan kesehatan yang diberikan, meski belum optimal dan masih banyak kontroversi dalam masyarakat mengenai eksistensi BPJS. Direktur Hukum, Komunikasi, dan Hubungan Antar Lembaga BPJS Kesehatan Purnawarman Basundoro mengatakan bahwa program yang

diusung lembaganya membawa misi mulia. Pasalnya, peserta BPJS Kesehatan akan mendapat manfaat luar biasa. Hal itu ditandai dengan hanya membayar iuran ringan, mereka yang kebanyakan kelas bawah bisa mendapat berbagai fasilitas layanan medis. Dia menjelaskan, program ini terbagi menjadi tiga kelas. Seperti yang dilansir dari laman resmi www.bpjs-kesehatan.go.id pada 22 Juli 2016, peserta yang ingin mendapat layanan di rumah sakit kelas III hanya membayar iuran cukup Rp 25.500,- per bulan. Untuk rumah sakit kelas II sebesar Rp 51.000,- per bulan, dan rumah sakit kelas I sebanyak Rp 80.000,- per bulan. Pendaftaran dan pembayaran bisa melalui tiga bank yang ditunjuk, yakni Bank Mandiri, BRI, dan BNI. "Manfaat medis yang didapat tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Semua peserta akan ditanggung ketika dirawat," kata Purnawarman.

Saat ini, jumlah peserta BPJS Kesehatan di Sleman mencapai 653.523 orang. Sebagaimana dilansir dari harian jogja (2016) bahwa Asisten Sekda Bidang Pembangunan Sleman Suyamsih mengatakan, Pemkab mendaftarkan pemegang karta Jamkesda sebanyak 51.924 jiwa sebagai peserta penerima bantuan iuran (PBI) BPJS Kesehatan. Adapun pekerja bukan penerima upah (PBPU) sebanyak 33.491 jiwa atau pemegang kartu Jamkesda mandiri, didorong untuk membayar iuran sendiri. Pemkab menyediakan dana Rp 40 miliar di APBD 2017 untuk membayar iuran PBI BPJS.

Dari sejumlah peserta BPJS Kesehatan hingga saat ini, penelitian ini fokus pada peserta BPJS Kesehatan di wilayah D. I. Yogyakarta tepatnya di Kabupaten Sleman yakni SMPN 3 Pakem-Sleman. SMPN 3 Pakem yang beralamat di Jl. Kaliurang, Km 17, Pojok, Harjobinangun, Pakem, Sleman ini memiliki 25 tenaga pendidik baik honorer maupun PNS dengan akreditasi sekolah B. Dari data awal yang diperoleh, para peserta BPJS Kesehatan dari kalangan PNS di SMPN 3 Pakem-Sleman ini telah berkomitemn untuk menggunakan BPJS Kesehatan. hal tersebut juga didukung oleh data dari hasil kuisioner yang telah disebarkan sebagai bentuk analisis kondisi lapangan (pra-observasi). Dari 25 kuisioner yang

disebarkan, ternyata hanya 21 kuisioner yang bisa dipakai karena hanya terdapat 21 PNS di SMPN 3 Pakem-Sleman. Dalam hal ini, telah didapatkan sekitar 84% PNS sekaligus peserta BPJS Kesehatan di SMPN 3 Pakem-Sleman. Secara akademis, persentase tersebut telah layak untuk diteliti karena telah melebihi 80% dari pengguna BPJS. Oleh karena itu, pada akhirnya peneliti melanjutkan observasi di SMPN 3 Pakem-Sleman guna mendapatkan data yang mampu menunjang terselesaikannya masalah yang sedang diangkat.

Dari latar belakang di atas, sehingga peneliti memfokuskan pembahasan pada penelitian ini yang dikemas dengan judul " Peran BPJS Kesehatan terhadap Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat Perspektif *Maqashid Al-syariah* (Studi pada peserta BPJS Kesehatan di SMPN 3 Pakem-Sleman). "

B. Rumusan Masalah

Sejumlah anggota masyarakat berbagi cerita tentang pengalaman menjadi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Meski mengakui bahwa masih terdapat banyak kekurangan dalam pelaksanaannya, mereka sepakat bahwa hadirnya BPJS Kesehatan membawa manfaat bagi masyarakat. Berdasarkan pemaparan di atas, peneliti mengkerucutkan pembahasan pada eksistensi dan peran BPJS Kesehatan terhadap derajat kesehatan masyarakat (peserta) di SMPN 3 Pakem-Sleman. Dari fokus kajian tersebut, dapat dirumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana peran BPJS Kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (peserta BPJS Kesehatan) di SMPN 3 Pakem-Sleman?
2. Bagaimana peran BPJS Kesehatan perspektif *maqashid al-syariah*?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian yang peneliti lakukan tertuang dalam poin-poin di bawah ini:

1. Untuk menganalisis peran BPJS Kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (peserta BPJS Kesehatan) di SMPN 3 Pakem-

Sleman.

2. Untuk menganalisis peran BPJS Kesehatan perspektif *maqashid al-syariah.*

D. Manfaat Penelitian

Penelitian dengan judul "Peran BPJS Kesehatan terhadap Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat Perspektif *Maqashid Al-syariah*" ini diharapkan mampu memberikan manfaat bagi:

1. BPJS Kesehatan guna perbaikan kinerja dan pelayanan kepada masyarakat sehingga mampu membantu pemerintah dalam program peningkatan kesejahteraan masyarakat pada umumnya dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat pada khususnya serta mampu memberikan data dan informasi terkait persepsi masyarakat tentang eksistensi BPJS Kesehatn sehingga nantinya mampu memberikan evaluasi terhadap kinerja BPJS Kesehatan, serta mampu merevitaliasi perannya dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.
2. Akademisi. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat menambah khazanah keilmuan dalam bidang yang sedang dikaji khususnya dan menambah referensi serta literatur sehingga akan muncul penelitian-penelitian baru yang sejenis maupun dengan pengembangan dan inovasi.
3. Masyarakat. Memberikan informasi dan pemahaman kepada masyarakat akan pentingnya kesehatan serta mampu mempengaruhi bahwa kesehatan dan pendidikan merupakan hak setiap warga negara dan telah dapat diakses oleh semua golongan.

E. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika pembahasan dalam penelitian ini, akan peneliti narasikan dalam bentuk bab-bab yaitu BAB I membahas mengenai alasan pengangkatan masalah untuk diteliti, desain penelitian dan metodologi penelitian. BAB II membahas terkait tinjauan pustaka yang digunakan dalam penelitian, dengan tujuan untuk mengetahui bahwa peneliti memang sudah familiar dengan

area penelitian dan menunjukkan penemuan-penemuan kajian sebelumnya. BAB III membahas tentang metode penelitian yang akan digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini. Adapun BAB IV membahas terkait analisis dan pembahasan masalah dengan mengacu pada data-data yang telah diperoleh peneliti di lapangan. BAB V berisikan tentang kesimpulan yang dapat diambil dalam penelitian yang sedang dilakukan.