

GAMBARAN IMPLEMENTASI UNDANG-UNDANG NO 24 TAHUN 2011

Fenny Raharyanti¹

¹Fakultas Kesehatan Universitas Ibn Khaldun Bogor

Abstract. *Human life endurance will supported by how many power both naturally and systemic in community which concerned about many factors, such as health, income and insurance. Sistem Jaminan Sosial Nasional is packing basic need for universal coverage. This study is purpose for mapping the implementation of Jaminan Kesehatan Nasional and these are responsibled by BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, primary health care, hospital and Kecamatan in one of Bogor City area at medio 2014. This study is analytic descriptive with indepth interview data collecting. We conclude that step by step socialization sholud be implemented by providers.*

Keywords:*Health,income,insurance*

1 LATAR BELAKANG

1.1 Pendahuluan

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang selanjutnya sebagai pelaksana adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan beracuan pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011.^{1,2} Ini merupakan tindak lanjut dari tersusunnya Sistem Jaminan Sosial Nasional pada UU No 40/2014. Apabila UU ini dapat dilaksanakan sebaik-baiknya, tidak akan hanya mampu meningkatkan kesejahteraan rakyat

Indonesia, mengejar ketertinggalan di bidang penyelenggaraan jaminan sosial, tetapi juga akan berdampak ekonomi dan politik karena setiap program jaminan sosial, pada dasarnya merupakan instrumen mobilisasi dana masyarakat sehingga mampu membentuk tabungan nasional yang besar.³

Perlahan kepesertaan BPJS Kesehatan akan mencakup seluruh warga negara Indonesia. Namun hingga saat ini masih banyak yang belum menyadari bahkan belum mengetahui informasi seutuhnya

mengenai BPJS Kesehatan ini. Di sisi lain, masyarakat yang telah memanfaatkan program inipun merasakan nilai positif maupun negatifnya. Pada kasus yang bersifat katastrof seperti operasi kanker payudara, jantung, keberadaan BPJS Kesehatan mampu membantu secara signifikan pembiayaan operasi yang jika mengeluarkan biaya secara *out of pocket*⁴ akan mempengaruhi pengeluaran rutin seseorang ataupun sebuah keluarga. Keluhan negatif secara obyektifpun harus ditanggapi seperti lamanya antrian pelayanan oleh karena kapasitas pasien yang melampaui rasio petugas pelayanan, maupun pembatasan pengobatan yang telah diatur dalam perundang-undangan. Kendala lain terjadi pada masyarakat lapisan bawah yang tidak terbiasa dengan kepengurusan administrasi dan disorientasi ke mana pengurusan kepesertaan BPJS Kesehatan ini harus didapat, serta belum memahami manfaatnya secara langsung. Dengan kata lain, kebijakan yang telah dikemas dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat ini tidak akan terlaksana secara instan dan praktis apabila tidak disertai dengan sosialisasi berkelanjutan pada seluruh lapisan masyarakat dan bersamaan dengan evaluasi dan peningkatan kualitas serta perbaikan terutama pada tingkat pelayanan.

1.2 Perumusan Masalah

Sejak dimulainya pelaksanaan BPJS Kesehatan awal tahun 2014 hingga kini masih banyak masyarakat yang belum menjadi peserta program JKN ini oleh karena sosialisasi dan pemahaman yang belum optimal, diikuti berbagai keluhan dari peserta yang telah mengambil manfaatnya.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan studi ini adalah mengetahui gambaran implementasi UU Nomor 24 Tahun 2011.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui pelaksanaan program BPJS Kesehatan dari sudut pandang institusi BPJS Kesehatan
2. Mengetahui pelaksanaan program BPJS Kesehatan dari sudut pandang institusi Dinas Kesehatan
3. Mengetahui pelaksanaan program BPJS Kesehatan dari sudut pandang institusi Rumah Sakit
4. Mengetahui pelaksanaan program BPJS Kesehatan di tingkat pelayanan Puskesmas
5. Mengetahui pelaksanaan program BPJS Kesehatan di tingkat Kecamatan

1.4 Manfaat

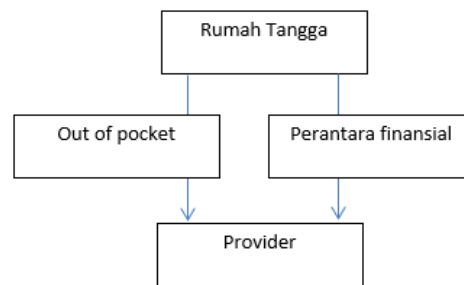
1. Bagi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat :
 - Memperdalam kajian di bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan khususnya mengenai BPJS Kesehatan
2. Bagi Peneliti :
 - Berpartisipasi mensosialisasikan program BPJS Kesehatan kepada mahasiswa dan masyarakat melalui program lanjutan pengabdian masyarakat
3. Bagi Mahasiswa :
 - Menguasai informasi terkini mengenai implementasi perundang-undangan, khususnya UU Nomor 24 Tahun 2014 Mengetahui alur BPJS Kesehatan

2. KAJIAN PUSTAKA

2.1 Pembiayaan Kesehatan

Secara garis besar, pembiayaan kesehatan terdiri atas dua cara, pertama yaitu *out of pocket*, merupakan bentuk yang paling mudah dan terdahulu pada transaksi antara pasien dan pemberi jasa atau *provider* (puskesmas, klinik ataupun rumah sakit) karena langsung dibayarkan pada saat itu juga . Akses pelayanan ini tergantung pada kemampuan membayar pihak pasien (*ability*

to pay). Cara kedua yaitu *third party payment*, dengan pertimbangan probabilitas kesakitan yang tidak dapat ditentukan dan besarnya biaya pelayanan kesehatan, maka pasien dapat melakukan cara membiayai kesehatannya melalui pihak ketiga, suatu perusahaan asuransi ataupun pemerintah. Bagan di bawah ini menggambarkan alur pembiayaan kesehatan ⁴:



Gambar 1. Garis Besar Pembiayaan Kesehatan

2.2 Definisi Sistem Jaminan Sosial

Sistem Jaminan Sosial (*National Security System*), diperkenalkan untuk pertamakalinya oleh Otto von Bismarck ^{4,5} , yaitu seorang pemimpin/negarawan bangsa Prussia/German pada tahun 1883 sebagai upaya menyejahterakan kehidupan masyarakat. Konsep Bismarck ini berdasarkan pada perlindungan para pekerja yang mengalami cedera, penyakit dan kecacatan. Setelah berjalan lebih dari dua abad, dewasa ini sistem jaminan sosial telah

berkembang di seluruh dunia. Di sebagian besar negara maju, terutama yang sistem politik dan sistem ekonominya telah mapan, sistem jaminan sosial telah lama dilaksanakan dengan berbagai bentuk dan model sesuai dengan nilai dan budaya masing-masing negara. Beberapa ciri dan prinsip asuransi sosial, antara lain, pesertanya adalah seluruh warga masyarakat tanpa kecuali sehingga terpenuhi prinsip hukum bilangan besar atau yang dikenal dengan *the law of the large number*, kepesertaannya bersifat wajib, organisasi perencana, penyelenggara dan pengendali oleh pemerintah, bersifat nirlaba, metode yang digunakan menggunakan mekanisme kerja asuransi.

Guy Standing 2000 yang dituliskan dalam Sulastomo, mengatakan definisi lain sebagai berikut : *social security is a system for providing income security to deal with the contingency risk of life, sickness and maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death, the provision of medical care and the provision subsidies for family with children*. Dapat disimpulkan bahwa sistem jaminan sosial adalah upaya mewujudkan kesejahteraan, memberikan rasa aman sepanjang hidup manusia, melalui pendekatan sistem.³

Asuransi sosial direncanakan dan dikendalikan oleh pemerintah, setidaknya memiliki tiga alasan⁵, yaitu pertama, program asuransi sosial diselenggarakan guna mengatasi masalah sosial yang pada umumnya sangat kompleks, kedua, program asuransi sosial diperlukan oleh karena beberapa risiko tertentu pada umumnya tidak mudah bila diselenggarakan secara individual, ketiga, program asuransi sosial memberikan landasan ekonomi yang kuat bagi penyelesaian masalah-masalah sosial kependudukan

2.3 Program-program Asuransi Sosial

1. **PT Jasa Raharja (Persero)**, melaksanakan Program Asuransi Sosial dalam bidang pemberian santunan bagi korban kecelakaan lalu lintas umum. Korban yang dimaksud di sini meliputi baik pengguna kendaraan umum, maupun masyarakat lainnya yang menjadi korban kecelakaan lalu lintas. Dasar penunjukkan adalah Undang-Undang Nomor 33 Tahun 1964 tentang Kecelakaan Lalu Lintas dan Jalan Raya dan Undang-Undang Nomor 34 Tahun 1964 tentang santunan bagi pengguna kendaraan umum.

2. **PT Askes (Persero)**, merupakan badan usaha milik negara yang berbentuk Perseroan, yakni PT Asuransi Kesehatan (Persero). PT Askes ditugaskan oleh pemerintah khusus untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Pemerintah telah menunjuk sebuah Badan Usaha Milik Negara, PT Jamsostek dan dasar pelaksanaan tugasnya berupa Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992, tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja
3. **PT Jamsostek (Persero)**, merupakan singkatan dari Asuransi Jaminan Sosial Tenaga Kerja. Melaksanakan Program Asuransi Sosial dalam bidang pemberian santunan bagi para pekerja yang mendapat kecelakaan pada saat melaksanakan tugas pekerjaannya. Apabila seorang pekerja dalam melaksanakan tugas pekerjaannya mengalami kecelakaan, maka kepadanya akan diberikan santunan berupa biaya pengobatan. Apabila dalam kecelakaan tersebut mengalami cacat tetap juga akan diberikan penggantian sesuai dengan tingkat cacat tetap yang dideritanya, dan apabila dalam kecelakaan tersebut sampai meninggal dunia, maka kepada keluarganya akan diberikan santunan.
4. **PT Taspen (Persero)**, singkatan dari Tabungan Asuransi Pegawai Negeri. Lembaga ini berbentuk Perseroan Terbatas yang seluruh sahamnya dimiliki oleh Pemerintah, dengan demikian masak statusnya adalah Badan Usaha Milik Negara. PT Taspen bertugas memberi santunan bagi PNS yang telah memasuki usia pensiun dan akan mendapatkan sejumlah uang pensiun bulanan dan berakhir sampai yang bersangkutan meninggal dunia. Terakhir status badan hukum menjadi PT Taspen (Persero) melalui Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1981.
5. **PT ASABRI (Persero)**, merupakan singkatan dari Asuransi Angkatan Bersenjata Republik Indonesia. Organisasi usaha ini berbentuk Perseoran Terbatas yang seluruh sahamnya dimiliki oleh Pemerintah, dengan demikian statusnya merupakan

Badan Usaha Milik Negara. PT Asabri menjalankan fungsi, tugas dan tanggungjawab sebagai asuransi sosial khususnya bagi seluruh anggota Angkatan Bersenjata Republik Indonesia dan anggota Kepolisian Republik Indonesia, termasuk seluruh PNS yang bekerja di lingkungan organisasi tersebut.

2.4 Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Mengacu pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, sistem ini bertujuan untuk memberikan jaminan kesejahteraan bagi masyarakat. Masyarakat yang dimaksud di sini adalah yang sesuai dengan maksud Undang-Undang Dasar 1945 pasal 34 ayat 2, yang berbunyi “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang nasional yang hendak dilaksanakan oleh Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 meliputi, 1. Jaminan Kesehatan, 2. Jaminan Kecelakaan Kerja, 3. Jaminan Hari Tua, 4. Jaminan Pensiun, 5. Jaminan Kematian.

2.5 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas: kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/ atau anggota keluarganya.

BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip:

- a. Kegotongroyongan, adalah prinsip kebersamaan antar Peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap Peserta membayar Iuran sesuai dengan tingkat Gaji, Upah atau Upah atau penghasilannya
- b. Nirlaba, adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan Manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh Peserta.
- c. Keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang

lengkap, benar, dan jelas bagi setiap Peserta

- d. Kehati-hatian, adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib
- e. Akuntabilitas, adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan
- f. Portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun Peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia
- g. Kepesertaan bersifat wajib, adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi Peserta Jaminan Sosial, yang dilaksanakan secara bertahap
- h. Dana amanat, adalah bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari Peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan Peserta Jaminan Sosial

BPJS sebagaimana dimaksud adalah BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program

jaminan kecelakaan kerja, hari tua, pensiun dan kematian.

3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif menggunakan teknik kualitatif dengan wawancara mendalam (*indepth interview*)^{6,7}

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di kota Bogor dengan alasan

1. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan adanya program BPJS yang dilaksanakan di kota Bogor.
2. Belum pernah dilakukan penelitian tentang Pelaksanaan BPJS Kesehatan kota Bogor tahun 2014 dalam rangka meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat

3.2.2 Waktu

Penelitian dilaksanakan pada pertengahan tahun 2014

3.3 Pemilihan Informan

Informan adalah para pelaksana kebijakan BPJS Kesehatan dan tempat pelayanan kesehatan yang bekerjasama

dengan BPJS yang berada di wilayah kota Bogor. Pada hari pertama peneliti datang ke kantor pelayanan BPJS, staf BPJS memberikan petunjuk untuk wilayah kerja mereka khususnya Bogor Barat, Dinas Kesehatan Kota Bogor, dan Puskesmas Semplak Kota Bogor, Sambutan dari keseluruhan informan yang diperoleh peneliti sangat terbuka.

4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Wawancara dengan Pihak BPJS Kesehatan

Untuk 3 bulan pertama, sosialisasi mengenai BPJS masih belum bisa dikatakan stabil, karena pihak Kantor BPJS cabang Bogor kekurangan SDM untuk bisa sosialisasikan kepada masyarakat mengenai BPJS. Tetapi jika mengenai informasi untuk pembuatan kartu anggota BPJS, pihak Puskesmas masih bisa membantu.

Hingga wawancara dilaksanakan, peserta dari BPJS sudah mencapai 50.000, terhitung sejak bulan Januari 2014. Peserta BPJS lainnya adalah perusahaan yang memiliki pelayanan asuransi kesehatan, seperti Jamkesmas atau Askes kini beralih menggunakan BPJS. Kantor BPJS cabang Bogor membawahi 3 wilayah, yaitu

Kabupaten Bogor, Kota Bogor dan Depok, sebelumnya estimasi atau jumlah peserta dari BPJS mandiri tidak banyak seperti sekarang antusias dari masyarakat untuk menjadi peserta perorangan sangat tinggi sekali. Memang fokus dari Kantor BPJS cabang Bogor pada kolektif seperti Jamkesmas TNI-POLRI, Askes PNS dan Pensiunan, dan Jamsostek.

Pada tanggal 1 Maret 2014, pihak Kantor BPJS cabang Bogor sudah menambah SDM, tercatat 13 pegawai baru di Kantor BPJS cabang Bogor. Target BPJS se-Nasional 127 Juta warga Indonesia menggunakan kartu BPJS, untuk itu sangat amat diperlukan SDM untuk bisa *menghandle* itu semua baik pegawai tetap maupun tidak tetap (kontrak kerja).

Untuk kapitasi sendiri pihak Kantor BPJS cabang Bogor sudah mengikuti Permenkes No 69, untuk kapitasi Puskesmas, kapitasi sendiri perbulan Rp. 6.000,- /orang itu sudah naik dari tahun sebelumnya. Pihak Kantor BPJS cabang Bogor juga sedang menunggu Perwali atau Perpes sekitar bulan April atau Mei, bahwa kapitasi bisa langsung dibayarkan ke puskesmas dan tidak melewati binaan kas daerah dan mereka tidak perlu menunggu birokrasinya. Dengan adanya perpes nanti diharapkan kapitasi dapat langsung dibayarkan ke puskesmas dengan

harapan mereka bisa operasional langsung, mereka pun bisa mengatur dan meningkatkan kualitas layanan tanpa harus menunggu *dropping*.

Di Perpes kemungkinan akan diatur mengenai berapa persen yang didapatkan, dan dalam Perpes pun tidak diatur kebijakan untuk pelayanan kesehatan. Oleh Kemenkes dan Dinas pun seperti pembayaran itu semua tergantung dari masing-masing daerah tersebut dan kebijakan untuk kapitasi di puskesmas tidak melihat seberapa banyak orang atau pasien yang dirawat, tapi jika melihat perkapitasi maka akan sedikit pendapatan dari puskesmas tersebut. Dalam hal ini bukan dilihat dari besar kecilnya pendapatan puskesmas, tapi bagaimana kita bisa meningkatkan kualitas hidup para pasien.

Dalam hal ini pun, dibandingkan dengan beberapa program pemerintah sebelumnya seperti Askes, Jamkesmas, dan BPJS semuanya sama-sama menguntungkan, ruang lingkup, prosedur dan aksesnya pun sama saja, mulai dari puskesmas, rujukan ke rumah sakit tipe A, B, dan C Askes maupun Jamkesmas dan BPJS pun adalah hal yang sama, dalam arti tidak ada perubahan yang ekstrim.

Mulai dari bulan April masyarakat boleh memilih akses untuk berobat menggunakan Askes, Jamkesmas, atau BPJS,

karena masyarakat pasti merasakan pelayanan mana yang memuaskan. Untuk saat ini kantor BPJS cabang Bogor masih menerima pasien peralihan dari Jamsostek. Pihak BPJS cabang Bogor juga menginginkan sosialisasi kepada anggota/ pihak puskesmas, tidak hanya pihak puskesmas/ tsnggung jsawab pihak BPJS saja, jika program ini ingin sukses saling ada komunikasi dan berbagi informasi mulai dari pemerintah, pihak BPJS sendiri, tokoh masyarakat seperti lurah, kepala desa.

4.1.2 Wawancara dengan Pihak Dinas Kesehatan

Program BPJS sudah dimulai dari tanggal 1 Januari 2014 di Kota Bogor untuk programnya terdiri dalam 3 bentuk :

1. peserta yang berasal dari askes yaitu PNS/TNI/POLRI yang mana dananya itu di potong setiap bulan dari gaji peserta tersebut
2. peserta yang berasal dari Jamkesmas, Jamkesda, dan Jamsostek yang mana dananya tersebut berasal dari pemerintah, namun permasalahannya belum semua peserta yang dari Jamkesda masuk atau terdaftar ke BPJS. Diharapkan tahun 2016 semua yang berasal dari Jamkesda dapat terdaftar di BPJS. Terdapat 248.267 peserta Jamkesmas dan 83.968 peserta Askes.

3. peserta yang mandiri , disini peserta dapat memelih unit pelayanan yang di ingin kan sesuai dengan premi yang di bayarkan.di bagian ini ada 3 kelas untuk pelayanannya.

Semua pelayanan ini merujuk ke PPK1 dimana semua pelayanan kesehatan yang dapat dilayani langsung oleh puskesmas dengan 144 macam penyakit. Apabila tidak termasuk kedalam 144 golongan penyakit ini maka peserta berhak mendapatkan rujukan ke rumah sakit yang diinginkan.

Dinas Kesehatan Kota Bogor membawahi 24 puskesmas induk dan 27 puskesmas pembantu.

Persiapan sudah langsung di lakukan di 24 puskesmas induk, sedangkan untuk pelayanan Jamsostek langsung atau fasilitas kesehatan primer, BPJS bekerja sama dengan 19 klinik swasta.

Untuk rumah sakit ada 6 yang sudah bekerja sama seperti; RS PMI, RS MARZUKI MAHDI, RS ISLAM, RS Melania, RS Salak, RS Medical Darmaga

Sosialisasi program BPJS ini sudah berjalan dengan baik dan sudah bekerja sama dengan pihak terkait seperti IBI dan IDI serta dengan pihak kecamatan, di mana pihak kecamatan disini adalah pihak yang dianggap yang paling dekat dengan masyarakat sehingga

dapat memudah program BPJS ini untuk dapat di terima oleh masyarakat.

Dapat dilihat juga dengan tingginya antusiasme masyarakat yang mendaftarkan dirinyanya di kantor pelayanan BPJS cabang Bogor dan Dinkes hanya sebagai pelayanan dan mutu kendali sedangkan untuk unitnya langsung di kantor BPJS cabang Bogor.

Peserta BPJS Kesehatan itu ada 2 yaitu:

1. PBI, penerima bantuan iuran yaitu peserta Jamkemas sebelum bergabung dengan BPJS
2. non PBI yang tidak menerima bantuan seperti : PNS ,TNI , POLRI, Jamsostek yang dipotong dengan gajinya Untuk yang klasifikasi kelas terdiri atas 3 golongan :
Kelas I Rp.59.000;
Kelas II Rp.42.500;
Kelas III Rp.25.200

Adapaun yang menjadi hambatan untuk program BPJS :

1. hambatan di PPK1 (Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama) ⁹ rujukan yang menjadi hambatan dengan alasan rumah sakit sedang penuh.hal ini yang membuat peserta BPJS menjadi kebingungan
2. di bagian sistem informasi adanya perubahan yang belum jelas karena belum

adanya peraturan yang tetap atau baku dari pemerintah di karena adanya migrasi yang mana masih adanya masyarakat yang belum tercatat.

3. masih belum adanya rumah sakit umum daerah karena rumah sakit yang ada di bogor ini masih di bawah langsung dengan pemerintah pusat (*pada saat wawancara, RSUD Kota Bogor belum diresmikan*)
4. untuk kapitasi yang dibayarkan ke puskesmas, masih tertahan di kas daerah hal ini dikarenakan belum keluarnya perpres dari pemerintah untuk pembagian kapitasi.
5. dari pelayanan rumah sakit belum mau bergabung dengan program BPJS ini di karenakan dana yang dianggarkan untuk pelayanan tersebut belum dapat menutupi pengeluaran mereka.

Adapun yang menjadi pengharapan dari pihak Dinkes Kota Bogor adalah

- semua masyarakat dapat segera menikmati program BPJS ini dan mengenai syarat atau pun semua prasyarat tersebut dapat terpenuhi seperti KTP dan Kartu Keluarga yang mana hal ini menjadi syarat yang paling dasar untuk mendapat kan pelayanan BPJS ini.
- Untuk mereka yang masih memiliki kartu Jamkesda agar segera didaftarkan

- Semua rumah sakit dapat bekerja sama agar semua pasien dapat di terima
- Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM

4.1.3 Wawancara dengan Pihak Rumah Sakit

Sosialisasi oleh Dinkes selalu petugas Administrasi, dan registrasi saja sementara para dokter kurang mengerti cara kerja BPJS, sedangkan untuk pembayaran sejauh ini masih berjalan dengan baik, asalkan persyaratan/kelengkapan BPJS terpenuhi seperti resume dokter, dan diagnosa pasien. Setelah itu pihak Rumah Sakit mengajukan kepada pihak BPJS pusat, dari BPJS pusat ada bagian verifikator yang berfungsi untuk menyetujui dana BPJS. Contoh kasus masyarakat meminta rujukan ke rumah sakit dengan jalur umum, ia mengaku menggunakan jalur BPJS dengan alasan takut ditolak ia memberitahu petugas bahwa kartu BPJS miliknya masih dalam proses registrasi, sedangkan kebijakan dari pemerintah itu adalah semua bisa dibantu asalkan sudah memiliki kartu BPJS. Misalkan ia masuk ke Rumah Sakit tanggal 10 sedangkan kartu BPJS akan 14, jadi pihak Rumah Sakit bisa membantu di tanggal 14, sedangkan BPJS harus dilengkapi dengan diagnosa pasien, resume dokter, itu sebagai penunjang pasien

untuk ditindak lanjuti, apakah ia harus dirawat inap atau apakah ia hanya perlu rawat jalan.

4.1.4 Wawancara dengan Pihak Puskesmas

Puskesmas Semplak adalah telah menjalin *memorandum of understanding* (MoU) antara Puskesmas Semplak dengan BPJS, dan yang menjadi sasaran adalah masyarakat di wilayah kerja puskesmas Semplak.

Program BPJS di Puskesmas Semplak sudah berjalan dari bulan Januari 2014, adapun program BPJS di Puskesmas Semplak terdiri dari 3 bagian, yaitu;

1. BPJS yang berasal dari pengguna kartu Askes
BPJS yang berasal dari pengguna kartu askes adalah Orang-orang yang sudah menggunakan kartu askes sebelumnya yaitu terdiri dari golongan PNS, TNI, dan Polri
2. BPJS yang berasal dari pengguna Jamkesmas
BPJS yang berasal dari pengguna Jamkesmas adalah masyarakat umum yang sebelumnya sudah ditetapkan pemerintah untuk menerima Jamkesmas
3. BPJS mandiri
BPJS mandiri adalah BPJS mandiri terdiri dari 3 unit, yaitu:

- a. Kelas a
- b. Kelas b
- c. Kelas c

BPJS yang berasal dari pengguna Jamkesmas tidak dipungut biaya, karena semua biayanya sudah ditanggung oleh pemerintah. Dan keuntungan dari BPJS juga adalah dapat digunakan hingga anak ke 3.

BPJS mandiri adalah program Pelayanan Kesehatan yang dilakukan dengan menggunakan premi dimana masyarakat tersebut dapat memilih paket mana yang akan diminati dan disesuaikan dengan besarnya premi untuk kelas yang dipilih. Jumlah anggota yang dapat mengikuti program BPJS mandiri tidak terbatas, asalkan nama dari peserta tersebut terdapat dalam kartu keluarga. BPJS mandiri digunakan oleh perusahaan swasta.

Dalam program BPJS tidak ada batasan untuk masyarakat yang mengikuti program BPJS tersebut. Syarat utama menjadi peserta BPJS tersebut adalah, ia harus terdaftar sebagai anggota BPJS Pusat, jika ia belum mendaftar untuk menjadi anggota BPJS, dapat didaftarkan menggunakan KTP dan KK. Adapun metode/cara yang digunakan untuk penanganan BPJS di Puskesmas Semplak dengan sistem *online*, dan bila sistem *online* tersebut tidak lancar dapat dilakukan dengan sistem manual.

Yang menjadi permasalahan dasar di Puskesmas Semplak adalah kurangnya pengetahuan dasar tentang program BPJS tersebut di masyarakat karena banyak masyarakat yang datang ke Puskesmas tersebut hanya meminta rujukan yang seharusnya bisa ditangani di puskesmas tersebut. Ada 153 macam kasus yang seharusnya dapat ditangani langsung oleh petugas Puskesmas tersebut. Tapi dikarenakan keinginan masyarakat untuk berobat ke dokter spesialis lebih tinggi, maka kepala puskesmas tersebut memutuskan untuk mengeluarkan surat rujukan, karena masyarakat tersebut terlalu memaksa. Hal ini menurut kepala puskesmas tersebut karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang program BPJS tersebut.

Kendala lain dari BPJS ada pada masyarakat, terutama pada masyarakat yang merujuk ke rumah sakit dengan BPJS. Masyarakat menganggap semua bisa dilakukan oleh BPJS sama halnya dengan Jamkesmas dan Askes. Tetapi pada kenyataannya tidak semudah Jamkesmas dan Askes, karena masyarakat masih belum mengerti registrasi dari BPJS. Di tingkat Puskesmas ini banyak pasien/masyarakat yang meminta rujukan ke Rumah Sakit pusat di Jakarta. BPJS itu paket, seperti rawat inap, dan ICU. Sedangkan fasilitas di Rumah Sakit Unit Daerah kurang

memadai untuk fasilitas paket, seperti Ruang operasi dan ICU. Karena Rumah Sakit Unit Daerah menolak pasien karena BPJS paket ada beberapa pasien yang tidak bisa menikmati itu. Itu semua di bulan Januari, lebih tepatnya kendala BPJS ada di triwulan pertama, sementara di bulan Februari sudah mulai ada pembenahan dari Dinkes mengenai BPJS.

Harapan dari kepala Puskesmas Semplak agar BPJS dapat mensosialisasikan tentang program BPJS tersebut secara jelas ke masyarakat. Tentang dana yang akan digunakan untuk pelayanan BPJS tersebut harus jelas untuk kedepannya. Dan di tahun 2019, seluruh warga Indonesia wajib mengikuti program BPJS.

4.1.5 Wawancara dengan Pihak Kasie Kemasyarakatan

Di wilayah Kecamatan Bogor Barat dibentuk tim pemantau program kesehatan Jamkesmas dan Jamkesda, sebagai kader adalah orang-orang yang berada di wilayah kerja tersebut. Pertama muncul yaitu Jamkesmas yang mana dananya tersebut turun dari pemerintahan langsung, berikutnya adalah Jamkesda dengan asal dana dari APBD wilayah setempat. Sementara itu, di wilayah Kecamatan Bogor Barat program BPJS belum berjalan hal ini di karenakan belum adanya

sosialisasi dari petugas BPJS di masyarakat yang berada di wilayah tersebut. Namun dengan adanya inisiatif dari Kasie Kemasyarakatan dengan mengikuti beberapa *workshop* dan berbagai sumber informasi tentang BPJS, terlaksana sosialisasi program kerja BPJS dengan harapan agar semua masyarakat yang ada di wilayah tersebut dapat menikmati program BPJS.

Pihak kecamatan ini sangat menyayangkan tidak adanya info yang jelas tentang alur BPJS. Contoh kasus, seorang pasien berobat dengan kartu Askes yang lama, ternyata dari pihak rumah sakit meminta kartu BPJS. Berdasarkan peraturan tertulis, program BPJS ini terdiri dari 3 ruang lingkup yaitu pemegang kartu Askes, pemegang kartu Jamkesmas atau Jamkesda, dan orang-orang yang mau mengikuti BPJS mandiri. Selain itu semua orang yang terdaftar dalam 1 kartu keluarga dapat mengikuti program BPJS ini. tidak ada batasannya yang penting adalah dengan membayar premi. Saat ini bila dalam keadaan yang sangat terdesak masyarakat masih merasakan lebih besar pengaruhnya jika mereka mendapatkan surat pernyataan surat keterangan tidak mampu dan prosesnya jauh lebih cepat, dibandingkan dengan memperlihatkan kartu kepesertaan BPJS.

Harapan dari Kasie Kemasyarakatan Kecamatan Kota Bogor Barat adalah:

- pembagian tentang program BPJS ini dapat adil dan merata di masyarakat. Karena dari 16 wilayah kerja di kecamatan ini ada 4 wilayah keadannya sangat membutuhkan perhatian dari pemerintah.
- program BPJS dapat berjalan sesuai dengan sasaran yang dituju

4.2 Pembahasan

Meskipun institusi BPJS Kesehatan bukan bentukan yang sama sekali baru, melainkan transformasi dari institusi Asuransi Kesehatan, namun pada pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional ini tetap membutuhkan adaptasi kembali, mengingat adanya kepesertaan mandiri yang tidak berasal dari unsur Askes, ASABRI, TASPEN, ataupun Jamsostek. Sesuai dengan UU Nomor 40 Tahun 2004, yaitu mengamanatkan pembentukan BPJS dan transformasi kelembagaan yang telah disebutkan di atas menjadi BPJS.⁸ Oleh karena adanya alur kepesertaan yang baru ini, maka membutuhkan usaha yang maksimal dalam memperkenalkannya. Dalam setiap perubahan tentu akan ada suatu aksi dan reaksi. Dalam aksinya di tingkat pelaksana, institusi berupaya semudah mungkin alur tersebut dapat dipahami oleh masyarakat. Sebagai reaksinya, masyarakat khususnya

yang sebelum itu tidak menjadi anggota asuransi sosial seperti yang disebutkan di atas, bersamaan beritidak selain akan mengambil manfaat dari kepesertaan BPJS Kesehatan ini, juga sekaligus menjadi warga negara Indonesia yang baik.

Mengimplementasikan UU Nomor 24 Tahun 2011 ini bukan hal yang mudah, karena mensosialisasikan antar institusi saja membutuhkan proses, mulai dari status kerjasama, hubungan dengan pasien hingga proses klaim pada tingkat pemberi jasa atau provider yang tentunya harus mengikuti proses klaim, yaitu kegiatan untuk meneliti dan membuktikan bahwa telah terjadi transaksi yang wajar dan biasa serta melakukan pembayaran yang sesuai pada waktu yang telah ditetapkan¹⁰, dalam hal ini BPJS Kesehatan membayarkannya dengan cara kapitasi, yaitu berdasarkan jumlah pasien yang datang. Termasuk di dalamnya para pihak pelaksana memahami aturan INA CBGs (*Indonesian Case Based Groups*), yaitu pembiayaan kesehatan berdasarkan diagnosis yang sesuai alur klinisnya.¹¹

Puskesmas sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PPK1)⁹ adalah pihak yang berhadapan langsung dengan masyarakat, bukan saja bagi mereka yang sudah memiliki kartu kepesertaan BPJS Kesehatan, tetapi juga yang bertanya

bagaimana menjadi peserta asuransi sosial ini. Hal ini wajar terjadi, karena masyarakat tidak mengetahui ke mana penjelasan informasi ini harus didapat, sementara itu pada tahap awal pelaksanaan pihak PPK1 pun masih baru dalam melaksanakan kebijakan ini.

Apapun kebijakan pemerintah yang telah diturunkan, masyarakat akan melaksanakan. Pada tingkat kecamatan, khususnya kasie kemasyarakatan, hal ini termasuk sebagai tanggung jawab moril untuk memperkenalkan BPJS Kesehatan ini bagi mereka yang mungkin tidak atau belum sempat menerima informasi dari media cetak maupun elektronik. Secara informal, himbuan untuk menjadi peserta JKN ini akan bisa lebih efektif dari tokoh masyarakat yang sudah dipercayakan oleh masyarakat setempat.

5 SIMPULAN DAN REKOMENDASI

5.1 Simpulan

Simpulan yang didapat dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pihak BPJS Kesehatan membutuhkan perpanjangan tangan untuk sosialisasi BPJS ini bukan hanya dari pihak puskesmas/ tanggungjawab institusi, tetapi juga saling komunikasi dan berbagi informasi mulai dari pemerintah, pihak BPJS sendiri, tokoh masyarakat seperti

lurah, kepala desa, juga meningkatkan jumlah tenaga BPJS Kesehatan dalam rangka percepatan pelayanan serta mengaplikasikan aturan pendukung selain UU mengenai BPJS itu sendiri

2. Pihak Dinas Kesehatan melaksanakan sosialisasi program BPJS bekerja sama dengan pihak terkait seperti IBI dan IDI serta dengan pihak kecamatan, di mana pihak kecamatan disini adalah pihak yang dianggap yang paling dekat dengan masyarakat sehingga dapat memudahkan program BPJS ini untuk dapat di terima oleh masyarakat, selain mengkoordinasi puskesmas dan rumah sakit sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan
3. Pihak Rumah Sakit menghimbau sosialisasi yang dilakukan oleh Dinkes tidak hanya untuk bagian Administrasi saja, tetapi juga untuk para dokternya sehingga lebih paham dalam penanganan pasien
4. Pihak Puskesmas mengharapkan sosialisasi yang jelas kepada masyarakat didukung oleh pelatihan dan ketrampilan tenaga Puskesmas dan dana yang akan digunakan untuk pelayanan BPJS tersebut harus jelas untuk kedepannya
5. Pihak Kecamatan Bogor Barat mengharapkan pembagian tentang program BPJS ini dapat adil dan merata

di masyarakat serta program BPJS dapat berjalan sesuai dengan sasaran yang dituju

5.2 Rekomendasi

1. Bagi BPJS Kesehatan :

- Dilakukan pertemuan berkala untuk membahas perkembangan terkini dari BPJS Kesehatan ini antara lain pembahasan Permenkes, Perwali, dan Perpres yang dapat menjembatani ataupun klarifikasi dari berbagai kendala, di antaranya mengenai kapitasi
- Perekrutan SDM tidak hanya dari segi kuantitas tetapi juga kualitas sehingga petugas mampu menjelaskan dan melayani masyarakat dengan baik
- Menyediakan tempat khusus di PPK1 yang jumlah kunjungan pasiennya cukup banyak, untuk mengakomodir informasi dan pertanyaan masyarakat maupun pendaftaran kepesertaan mandiri dengan cara jemput bola, sehingga tidak terjadi penumpukan di kantor BPJS Kesehatannya, juga PPK1 dapat lebih fokus dalam hal pelayanan.

2. Bagi Dinas Kesehatan :

- Membuatkan mediasi promosi kesehatan mengenai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang praktis dan mudah dipahami

oleh seluruh lapisan masyarakat dan disebarkan melalui puskesmas, rumah sakit, klinik swasta, kecamatan, kelurahan yang disampaikan oleh para tenaga kesehatan dan kader

- Sosialisasi dengan segera mengenai aturan-aturan turunan penunjang terkini untuk tingkat pelaksana
- 3. Bagi Rumah Sakit dan Puskesmas:
 - Berbagai kendala yang ditemukan pada tingkat Pemberi Pelayanan Kesehatan, agar dapat segera disampaikan secara aturan manajerial sehingga mendapatkan solusi yang tepat
 - Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan merespon keluhan masyarakat pengguna JKN
- 4. Bagi Kecamatan :
 - Berpartisipasi melakukan penyebaran promosi JKN ini dengan bekerjasama dengan kader dan tenaga kesehatan utusan puskesmas

6 DAFTAR PUSTAKA

Kementerian Sekretariat Negara RI.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jakarta: Institusi; 2011.

Kementerian Kesehatan RI. Pusat

Komunikasi Publik. *Kumpulan Peraturan Jaminan Kesehatan.* Jakarta: Institusi; 2013.

Sulastomo. *Sistem Jaminan Sosial*

Nasional. Sebuah Introduksi. Jakarta : Rajawali Pers; 2008. H1

Wonderling, David, et al.

Introduction to Health Economics. England: Open University Press. McGraw-Hill; 2005. P 184-193.

Nitisusastro, M. *Asuransi dan*

Usaha Perasuransian di Indonesia. Bandung: Alfabeta; 2013. H 163-170.

Machfoedz, Ircham. *Metodologi*

Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif. Yogyakarta: Fitramaya; 2008. H 132-149.

Alwasilah, A.C. *Pokoknya*

Kualitatif. Dasar-dasar Merancang dan Melakukan Penelitian Kualitatif. Jakarta: Pustaka Jaya; 2000.

Sekretaris Negara Republik

Indonesia. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.* Jakarta: Institusi; 2004.

Kementerian Kesehatan RI.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 029 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri

*Kesehatan no 416/Menkes/Per/II/2011
tentang Tarif Pelayanan Kesehatan bagi
Peserta PT Askes (Persero). Jakarta:
Institusi; 2012.*

Ilyas, Yaslis. *Mengenal Asuransi
Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan
Masyarakat Universitas Indonesia; 2003.
H 90

Wibowo, Bambang. *Tarif INA CBG
untuk JKN 2014*. National Case-mix
Center Kemenkes. Jakarta: Persi_Jakarta;
7 Nov 2013.