

BAB VI

PEMBAHASAN

Hasil yang dibahas dalam penelitian ini terdiri dari tingkat kepuasan dokter gigi sebelum penerapan sistem BPJS Kesehatan, tingkat kepuasan manajer FKTP sebelum penerapan sistem BPJS Kesehatan, tingkat kepuasan dokter gigi setelah penerapan sistem BPJS Kesehatan, tingkat kepuasan manajer FKTP setelah penerapan sistem BPJS Kesehatan dan analisa perbedaan tingkat kepuasan dokter gigi dan manajer FKTP sebelum dan sesudah penerapan sistem BPJS Kesehatan.

6.1 Tingkat Harapan dan Kepuasan Dokter Gigi dan Manajer FKTP kota Malang terhadap Penerapan Sistem BPJS Kesehatan

Kepuasan menurut Muninjaya (2011) dalam Sudiby (2014) adalah respon terhadap kesesuaian harapan sebelum menerima pelayanan dan setelah menerima pelayanan. Kepuasan menurut Koentjoro (2007) adalah tanggapan pelanggan dengan terpenuhinya kebutuhan dan harapannya. Hal tersebut diatas dapat diartikan bahwa kepuasan dokter gigi dan manajer mencerminkan kesesuaian pemenuhan harapannya.

Menurut Kotler dan Armstrong (2005) dalam Fatmawati (2012) kepuasan adalah suatu tingkatan dimana perkiraan kinerja sesuai dengan harapan. Menurut Day dalam Fandy Tjiptono (2000) kepuasan merupakan respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian yang dipersepsikan antara harapan awal sebelum dan kinerja yang dirasakan. Menurut Fandy Tjiptono

(2005) kepuasan merupakan evaluasi terhadap persepsi kinerja yang memenuhi atau melebihi harapan. Apabila persepsi tidak dapat memenuhi harapan, maka disebut ketidakpuasan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian bahwa dua kuesioner yang diberikan kepada sampel mencerminkan harapan serta kepuasan terhadap penerapan sistem BPJS.

Ketidakpuasan responden sesudah penerapan sistem BPJS Kesehatan dapat dimaknai harapan responden yang tinggi tidak diikuti dengan persepsinya, sehingga sistem BPJS Kesehatan belum mampu memenuhi harapan dokter gigi dan manajer FKTP. Tingkat harapan yang tinggi terhadap sistem BPJS Kesehatan pada sampel dokter gigi dan manajer FKTP diteliti dengan memberikan kuesioner berupa 15 pertanyaan. Dalam penelitian ini, kepuasan dinilai dengan memberikan kuesioner yang berisikan hak dan kewajiban yang diterima sampel penelitian. Hak menurut Rover (2000) adalah tuntutan yang diajukan seseorang kepada orang lain sampai batas-batas pelaksanaan hak tersebut. Kewajiban menurut Yasin (2014) merupakan suatu keharusan yang tidak boleh ditinggalkan oleh warga negara dalam kehidupan bermasyarakat berbangsa dan bernegara. Kewajiban warga negara dapat pula diartikan sebagai suatu sikap atau tindakan yang harus diperbuat oleh seseorang warga negara sesuai keistimewaan yang ada pada warga lainnya. Hak dan kewajiban hendaknya dapat berjalan selaras. Bukan saja sampel dituntut untuk memenuhi kewajibannya namun hak nya sebagai penyedia layanan kesehatan juga diperhatikan sehingga tingkat kepuasan akan sesuai dengan harapannya. Dalam hal ini kepuasan pada responden didasari adanya keinginan bahwa sistem yang baru dapat memenuhi harapan dan persepsi kepuasannya namun yang terjadi

persepsi responden tidak sesuai dengan harapannya sehingga adanya penurunan tingkat kepuasan responden setelah penerapan sistem BPJS Kesehatan. Sistem BPJS Kesehatan yang terhitung baru dan terus mendapat perbaikan untuk menyelaraskan dengan keadaan di negara Indonesia dapat menjadi salah satu alasannya. Sistem BPJS Kesehatan yang diterapkan lebih memperhatikan kepuasan pasien sebagai peserta dibanding FKTP sebagai penyedia layanan kesehatan. Hal ini didasari pada kurangnya survei atau penelitian mengenai kepuasan dokter gigi dan FKTP sebagai penyedia layanan kesehatan.

Kepuasan pemberi layanan kesehatan dapat berpengaruh terhadap layanan yang diberikan. Tingkat kepuasan sebelumnya akan berpengaruh terhadap persepsi pada saat pelaksanaan sistemnya. Sistem yang baik akan berakibat pada tingkat kepuasan yang baik pula. Dari hasil penelitian, diharapkan sistem yang diterapkan akan terus mendapat perhatian dan perbaikan sehingga keberlangsungannya akan menjadi lebih baik. Diharapkan tujuan dibentuknya sistem dapat terwujud.

6.2 Analisa Tingkat Harapan dan Kepuasan serta Faktor Ketidakpuasan Dokter Gigi dan Manajer FKTP Terhadap Penerapan Sistem BPJS Kesehatan

Tingkat harapan serta kepuasan terhadap penerapan sistem BPJS tercermin dalam harapan dan persepsi yang dipengaruhi oleh sistem yang diterapkan. Penelitian perbedaan tingkat harapan serta kepuasan dilakukan dengan memberikan dua macam kuesioner dengan jumlah dan macam

pertanyaan yang sama, sehingga selanjutnya analisa data dapat dilakukan dengan menjumlah serta membandingkan skor dari dua macam kuesioner tersebut. Skor yang diperoleh dalam kuesioner harapan serta kepuasan kemudian dapat menjelaskan ada atau tidaknya perbedaan terhadap dua kuesioner tersebut dalam suatu kelompok sampel.

Penelitian ini menggunakan dua kuesioner yang sama dan disebar kepada 30 responden dalam jangka waktu 1 bulan. Penelitian dilakukan pada jam kerja dokter gigi dan puskesmas kemudian kuesioner diberikan kepada responden dengan terlebih dahulu memberi penjelasan mengenai perbedaan kedua kuesioner tersebut. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan antara kedua macam kuesioner masing-masing pada sampel dokter gigi dan manajer puskesmas. Dari analisis ini diketahui bahwa tingkat harapan terhadap penerapan sistem BPJS Kesehatan lebih tinggi dibanding dengan tingkat kepuasan setelah penerapan sistem BPJS Kesehatan. Dengan kata lain dapat disimpulkan bahwa sistem BPJS Kesehatan belum mampu memuaskan FKTP dalam hal ini dokter gigi dan manajer puskesmas.

Dalam pelaksanaan sistemnya, BPJS Kesehatan menentukan pilihan fasilitas kesehatan melakukan seleksi, kredensialing dan rekredensialing dengan kriteria teknis berupa sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan serta komitmen pelayanan (Kemenkes RI, 2013). Kriteria teknis inilah yang menjadi dasar penetapan kerjasama dengan BPJS Kesehatan, besaran kapitasi dan jumlah peserta yang dapat dilayani (Widiastuti, 2011).

Perbedaan tingkat harapan dan kepuasan terhadap penerapan sistem BPJS Kesehatan diantaranya dapat terlihat dari ketersediaan data peserta. Ketersediaan data peserta dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional diantaranya adalah peserta, yakni setiap orang termasuk orang asing yang bekerja minimal selama enam bulan di Indonesia dan membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2014). Peserta terdiri dari atas dua kelompok yaitu: Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan peserta bukan PBI jaminan kesehatan. Peserta PBI jaminan kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta bukan PBI jaminan kesehatan adalah pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya serta bukan pekerja dan anggota keluarganya. Iuran jaminan kesehatan untuk peserta pekerja penerima upah dibayarkan oleh pemberi kerja dan pekerja sendiri sedangkan iuran peserta mandiri (pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja) dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS Kesehatan sesuai kelas perawatannya (Kemenkes RI, 2014).

Selanjutnya, setelah resmi terdaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan, pasien akan menerima kartu Peserta. Kartu Peserta berisi data nomor peserta, nama, tanggal lahir, NIK dan nama faskes yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, sebagian besar FKTP mengatakan sering terjadi *error* saat akan meng-*entry* data peserta pada format pelaporan yang telah ditentukan, sehingga dibutuhkan coba ulang hingga data peserta dapat termuat, hal ini juga mengakibatkan waktu yang dibutuhkan lebih banyak.

Kapitasi adalah salah satu mekanisme perubahan cara pembayaran dari bentuk *fee for service* ke bentuk *prospective payment system*. Kapitasi didasarkan atas jumlah tertanggung baik dalam keadaan sakit atau dalam keadaan sehat yang besarnya ditetapkan dan umumnya dibayarkan di muka tanpa memperhitungkan jumlah konsultasi atau pemakaian pelayanan di pusat pelayanan kesehatan tersebut. Kapitasi dapat juga didefinisikan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan kesehatan dimana penyedia layanan dibayar dalam jumlah tetap per pasien tanpa memperhatikan jumlah atau sifat layanan yang diberikan berdasarkan keputusan besaran kapitasi untuk dokter gigi sesuai dengan SK Menkes Nomor 69 Tahun 2013 adalah sebesar Rp 2000,-/orang/bulan. Penetapan besaran kapitasi didasarkan atas perhitungan estimasi maksimal peserta BPJS Kesehatan dalam satu FKTP, yakni 10.000 peserta. Dalam pelaksanaannya BPJS menentukan kepesertaan sesuai dengan jumlah peserta yang mendaftar dan memilih pelayanan primernya. Dapat disimpulkan, jumlah peserta antara satu FKTP dengan FKTP lainnya dapat berbeda, hal ini mengakibatkan jumlah kapitasi yang diterima juga akan berbeda.

Tarif non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif non kapitasi sebagaimana dimaksud tersebut diberlakukan pada FKTP yang melakukan pelayanan kesehatan di luar lingkup pembayaran kapitasi yang meliputi:

- 1 Pelayanan ambulans
- 2 Pelayanan obat rujuk balik
- 3 Pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik

- 4 Pelayanan skrining kesehatan tertentu
- 5 Rawat inap tingkat pertama
- 6 Jasa pelayanan kebidanan dan neonatal
- 7 Pelayanan KB berupa MOP/ vasektomi
- 8 Kompensasi pada daerah yang tidak terdapat faskes yang memenuhi syarat
- 9 Pelayanan darah
- 10 Pelayanan gawat darurat di faskes yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

Dalam pelaksanaannya, pembayaran biaya non-kapitasi (klaim pelayanan) kepada FKTP sering mengalami keterlambatan. Pembayaran diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada Pemerintah Daerah sedangkan belum terdapat aturan yang jelas mengenai pembayaran biaya non-kapitasi dari Pemerintah Daerah kepada FKTP.

Perbedaan harapan serta kepuasan terhadap penerapan sistem BPJS Kesehatan berikutnya adalah distribusi peserta pada FKTP. FKTP ditentukan oleh BPJS Kesehatan, dapat diasumsikan bisa saja setiap FKTP terdistribusi pasien dengan tempat tinggal yang jauh dan akses transportasi yang sedikit, sehingga peserta lebih memilih untuk berobat ke FKTP yang letaknya lebih dekat dibandingkan dengan FKTP yang seharusnya. Hal ini menjadi kendala baik bagi FKTP, karena peserta akan diminta membayar layanan kesehatan apabila lebih dari dua kali berkunjung ke FKTP yang tidak seharusnya, dan pelayan kesehatan akan melayani pasien lebih dari seharusnya. Sejalan dengan hal tersebut, menurut Komite pengawasan akses layanan kesehatan Amerika yang dikutip dari

Royanah (2015), akses merupakan pemanfaatan layanan kesehatan tepat waktu untuk mencapai status kesehatan yang baik. Akses layanan kesehatan dikatakan adil apabila layanan kesehatan terdistribusi berdasarkan status geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat (Retnaningsih, 2013). Maka perlu kiranya untuk mempertimbangkan akses peserta dalam menentukan faskes yang akan ditunjuk. Untuk mengatasi hal tersebut, BPJS Kesehatan memberikan hak pada peserta untuk memilih FKTP yang diinginkan (Perpres No. 12 Tahun 2013). Namun sejalan dengan hal tersebut pula adanya mutasi peserta tentu akan berdampak bagi FKTP terkait besaran kapitasi dan jumlah peserta yang dilayani (Widiastuti, 2011).

Selanjutnya dalam pelaksanaannya menurut Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Pasal 52 ayat (1) yaitu administrasi pelayanan terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan peserta; pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis; premedikasi; kegawatdaruratan orodental; pencabutan gigi sulung (topikal dan infiltrasi); pencabutan gigi permanen tanpa penyulit; obat pasca ekstraksi; tumpatan komposit/GIC; dan skeling gigi atau pembersihan karang gigi. Namun dalam pelaksanaannya, informasi mengenai ruang lingkup pelayanan tersebut dianggap kurang memadai. Contohnya saja, perawatan skeling gigi atau pembersihan karang gigi, bagi beberapa FKTP dianggap sebagai perawatan kosmetik sehingga pembersihan karang gigi tidak ditanggung.

Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional, akses menuju pelayanan kesehatan sekunder seperti rumah sakit tidak dapat dilakukan tanpa

adanya surat rujukan dari fasilitas kesehatan primer dalam hal ini puskesmas dan dokter gigi FKTP. Hal tersebut sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional bahwa pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.

Sosialisasi yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan mengenai fungsi FKTP dan pelaksanaan rujukan berjenjang ini masih kurang. Salah satunya adalah peserta seringkali datang ke FKTP untuk meminta surat rujukan kepada Rumah Sakit yang diinginkan meskipun sudah diberi penjelasan oleh pelayan kesehatan. Meskipun terdapat batasan jumlah rujukan sebesar 15% dari jumlah kunjungan namun FKTP terpaksa melakukan rujukan sesuai keinginan dan kebutuhan peserta BPJS Kesehatan tersebut. Apabila hal ini terus-menerus terjadi, jumlah rujukan oleh FKTP akan tinggi. Akibatnya jumlah kapitasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan akan dikurangi pada periode selanjutnya.

Selanjutnya, tidak jelasnya informasi mengenai daftar FKRTL yang diberikan. Dalam banyak kasus, seringkali FKRTL menolak pasien yang dirujuk oleh FKTP. Alasan yang mendasari adalah data diri pasien yang dirujuk tidak tercantum di daftar pasien rujukan dalam aplikasi *P-Care*. Di kota Malang untuk FKRTL layanan gigi yang menerima pasien BPJS Kesehatan juga terhitung sedikit. Hal ini menjadi masalah bagi FKTP untuk memberikan penjelasan

kepada pasien sebagai peserta BPJS Kesehatan dalam menangani hal tersebut. Hal ini bertolak belakang dengan yang dikemukakan oleh Lori DiPrete Brown *et.al.* (1992) dalam Bustami (2011) bahwa kelangsungan pelayanan berarti pasien akan menerima pelayanan lengkap yang dibutuhkan tanpa mengurangi prosedur diagnosis dan terapi yang tidak perlu. Dalam hal ini pasien juga harus mempunyai akses rujukan untuk pelayanan lanjutan yang diperlukan (Royanah, 2015).

Kemudian menurut Tukimin (2005) dalam Widiastuti (2011), pasien yang membayar untuk layanan kesehatan cenderung lebih banyak menuntut, tidak mudah puas dan berharap layanan yang diterima memang berkualitas dibandingkan dengan pasien yang mendapatkan layanan kesehatan secara gratis atau membayar lebih murah. Jumlah kunjungan pasien ke FKTP juga meningkat, hal ini karena merasa telah membayar iuran asuransi kesehatan yang dikeluarkan setiap bulannya. Dapat disimpulkan terdapat jumlah pasien yang “membludak” padahal SDM yang tersedia sedikit sehingga hal ini dapat mempengaruhi efektif dan efisiensi bekerja. Sejalan dengan hal tersebut, menurut Bustami (2011), bahwa kurangnya kompetensi teknis yang dimiliki oleh petugas dalam melayani pasien mempunyai dampak yang bervariasi mulai dari penyimpangan kecil hingga kesalahan besar dan hal ini terkait dengan efektivitas pelayanan.

Evaluasi berupa penilaian yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada FKTP meliputi aspek fasilitas, aspek penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan aspek rate kunjungan belum pernah dilakukan sampai saat penelitian dilakukan. FKTP tidak mendapatkan informasi yang jelas mengenai kriteria aspek fasilitas, aspek

penyelenggaraan pelayanan kesehatan serta aspek rate kunjungan yang termasuk dalam penilaian yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan.

Kebijakan diberlakukannya sanksi oleh BPJS Kesehatan apabila FKTP tidak melayani peserta sesuai dengan hak dan kewajibannya belum pernah terjadi. FKTP selalu melayani setiap peserta yang datang ke layanan kesehatan kecuali peserta telah berkunjung lebih dari dua kali diluar kepesertaan FKTP. Hal yang perlu diperhatikan adalah sanksi seperti yang disebutkan dalam kontrak tidak menyebutkan bentuk sanksi tersebut sehingga perlu adanya kejelasan bentuk sanksi yang sesuai.

