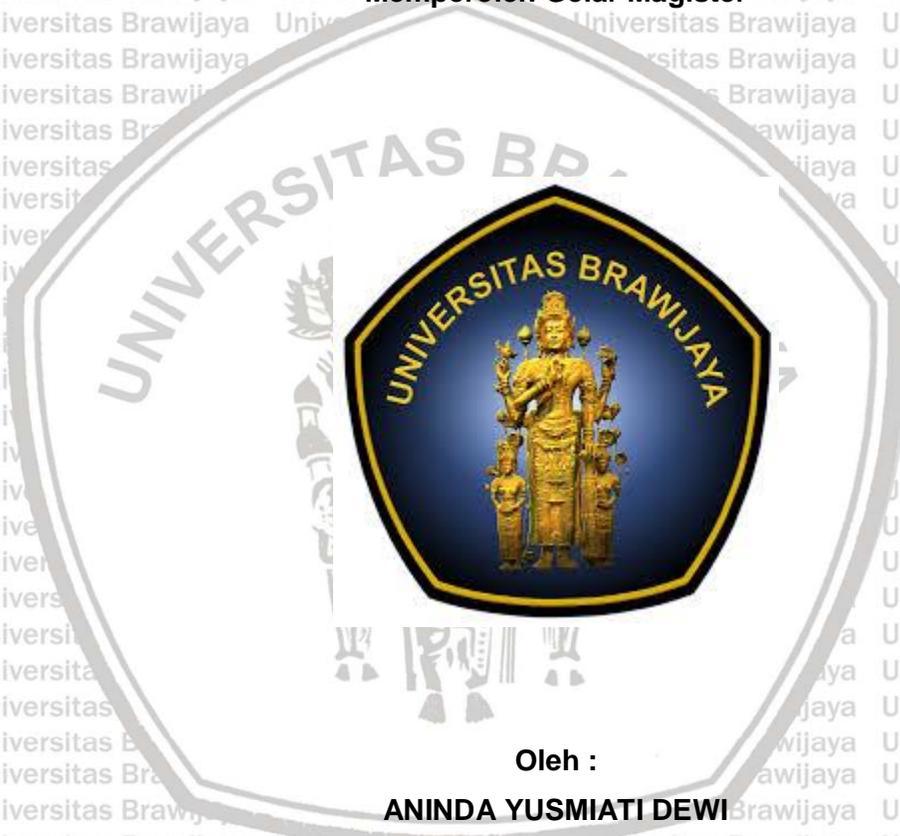


**EVALUASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
(Studi Evaluasi Pada BPJS Kesehatan Untuk Tenaga Kerja di Surabaya Tahun
2014 - 2016)**

**TESIS
Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister**



Oleh :

ANINDA YUSMIATI DEWI

156030101111011

PROGRAM MAGISTER ILMU ADMINISTRASI PUBLIK

KONSENTRASI KEBIJAKAN PUBLIK

FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

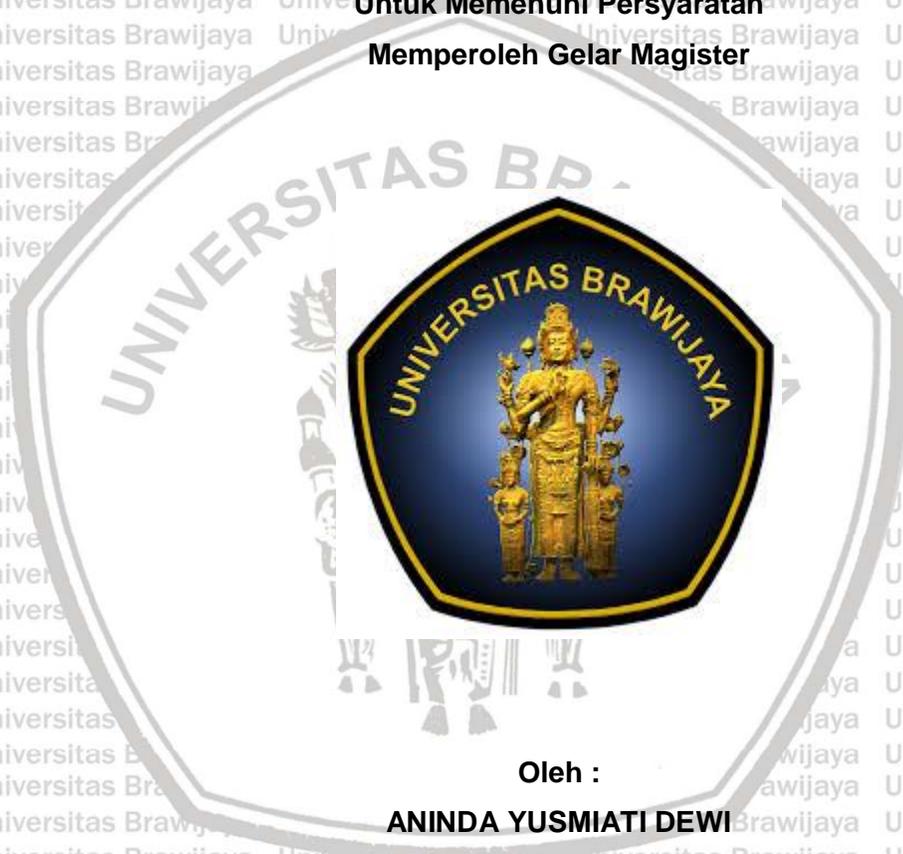
MALANG

2018

**EVALUASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
(Studi Evaluasi Pada BPJS Kesehatan Untuk Tenaga Kerja di Surabaya Tahun
2014 - 2016)**

TESIS

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister**



Oleh :

ANINDA YUSMIATI DEWI

156030101111011

**PROGRAM MAGISTER ILMU ADMINISTRASI PUBLIK
KONSENTRASI KEBIJAKAN PUBLIK**

**FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

MALANG

2018



HALAMAN PENGESAHAN

TESIS

EVALUASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

(Studi Evaluasi Pada BPJS Kesehatan Untuk Tenaga Kerja di Surabaya Tahun 2014 - 2016)

Oleh

ANINDA YUSMIATI DEWI

NIM. 156030101111011

Menyetujui,

Komisi Pembimbing

Ketua,

Anggota,

Prof. Dr. Sjamsiar Sjamsuddin

Dr. Lely Indah Mindarti, M. Si

NIP. 19450817 1974122 001

NIP. 196905242002122 002

Mengetahui,

**Ketua Program Studi,
Magister Ilmu Administrasi Publik**

Dr. Irwan Noor, MA

NIP. 19611024 198601 1 002

Lembar Pengesahan

TESIS

EVALUASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

(Studi Evaluasi Pada BPJS Kesehatan Untuk Tenaga Kerja di Surabaya Tahun 2014 -2016)

Oleh:

Aninda Yusmiati Dewi

NIM. 156030101111011

Telah dipertahankan di depan penguji

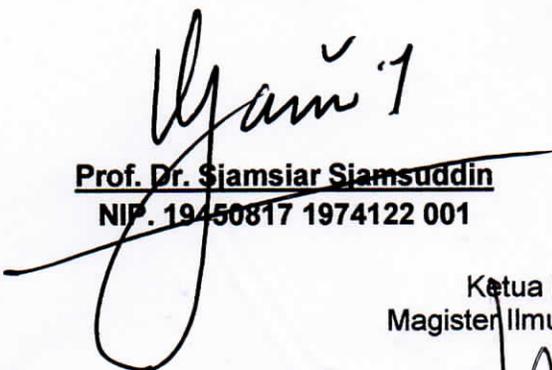
Pada tanggal 11 Januari 2018

Dinyatakan telah memenuhi syarat

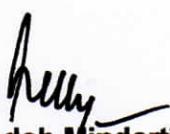
**Menyetujui
Komisi Pembimbing**

Ketua,

Anggota,

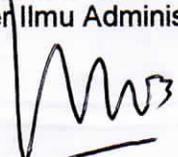

Prof. Dr. Samsiar Samsuddin

NIP. 19450817 1974122 001


Dr. Lely Indah Mindarti, M. Si

NIP. 196905242002122 002

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Administrasi Publik


Dr. Irwan Noor, MA
NIP. 19611024 198601 1 002

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Administrasi
Universitas Brawijaya


Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS
NIP. 19610905198601 1 002



IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS

Judul Tesis : EVALUASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (Studi Evaluasi Pada BPJS Kesehatan Untuk Tenaga Kerja di Surabaya Tahun 2014 – 2016)

Nama Mahasiswa : Aninda Yusmiati Dewi

NIM : 156030101111011

Program Studi : Administrasi Publik

Minat : Kebijakan Publik

Komisi Pembimbing

Ketua : Prof. Dr. Sjamsiar Sjamsuddin

Anggota : Dr. Lely Indah Mindarti, M. Si

Tim Dosen Penguji

Ketua : Dr. Bambang Santoso Haryono, MS.

Anggota : Dr. Imam Hanafi, M.Si, MS.

Tanggal Ujian : 11 Januari 2018



PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah tesis ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu perguruan tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah tesis ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia tesis ini digugurkan dan gelar akademik yang saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No.20 Tahun 2003, pasal 25 ayat 2 dan pasal 70).

Malang, 16 Januari 2018

Mahasiswa



Nama : Aninda Yusmiati Dewi

Nim : 15603010111011

PS : Magister Ilmu Administrasi Publik



*Karya ilmiah ini kupersembahkan kepada
Ayahanda dan Ibunda tercinta,
Kedua Adikku semoga menjadi inspirasi untuk kalian menjadi lebih baik.*

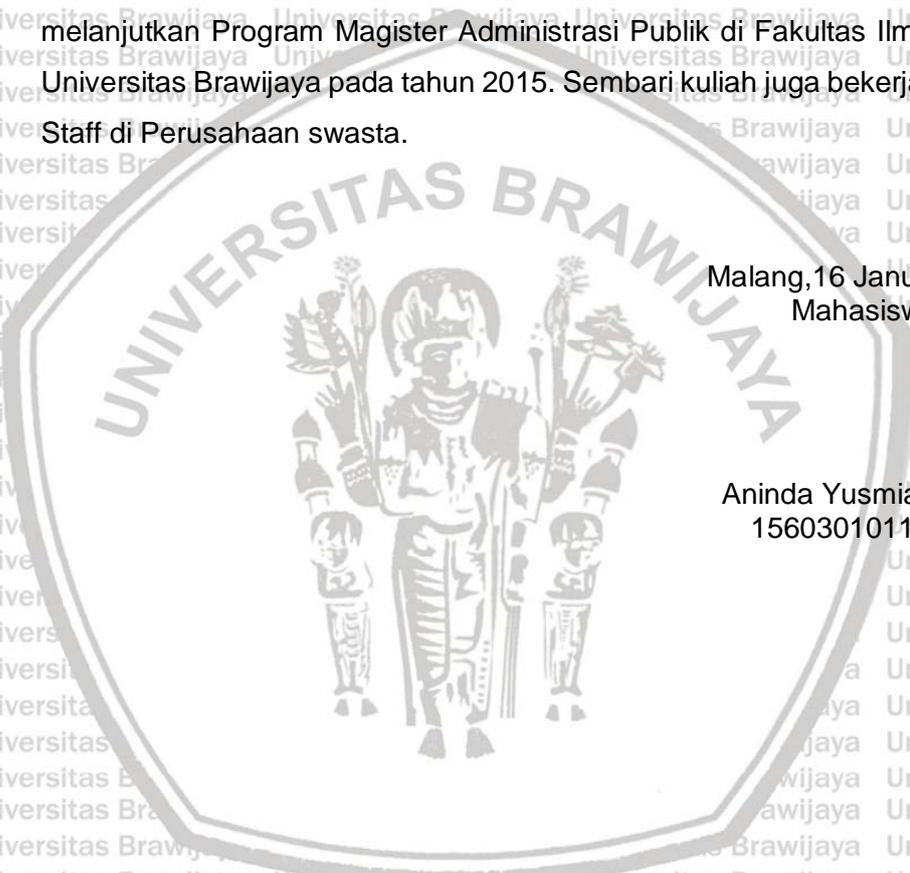
RIWAYAT HIDUP

Aninda Yusmiati Dewi, lahir Surabaya, 18 Mei 1991 anak dari Ayah Yusuf dan Ibu Anik Susana, MI sampai SMA di Kota Surabaya, lulus SMA tahun 2008.

Kemudian melanjutkan di Universitas Negeri Surabaya studi Administrasi Negara lulus tahun 2013. Sambil mengumpulkan dana untuk dapat melanjutkan kuliah, bekerja di Perusahaan swasta selama 2 tahun sebagai HRD Staff. Kemudian melanjutkan Program Magister Administrasi Publik di Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya pada tahun 2015. Sembari kuliah juga bekerja sebagai HRD Staff di Perusahaan swasta.

Malang, 16 Januari 2018
Mahasiswa

Aninda Yusmiati Dewi
15603010111011



UCAPAN TERIMAKASIH

Alhamdulillah robbil 'alamin, segala puji syukur panjatkan kehadiran ALLAH

SWT atas karuniaNya sehingga saya dapat menyelesaikan studi Magister

Administrasi Publik di Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya. Tak lupa

penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Rektor Universitas Brawijaya Malang, Bapak Prof. Ir. Mohammad Bisri, MS.
2. Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Bapak Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS.
3. Ketua Program Magister Administrasi Publik Universitas Brawijaya Bapak Dr. Irwan Noor, MA.
4. Ibu Prof. Dr. Sjamsiar Sjamsuddin dan Ibu Dr. Lely Indah Mindarti, M. Si., selaku komisi pembimbing.
5. Bapak Dr. Bambang Santoso Haryono, MS. dan Bapak Dr. Imam Hanafi, M.Si, MS selaku Dewan Penguji.
6. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kota Surabaya Kantor Cabang Utama Jalan Raya Dharma Husada Indah No. 2 dan Ruko Mega Galaxy, Jalan Dr. Ir. Soekarno Blok B No. 6 Klampis Sukolilo Surabaya.
7. Rekan-Rekan Tenaga Kerja dan *Human Resources* perusahaan di Surabaya sebagai responden dalam penelitian.

8. Rekan-Rekan Kerja PT. Aneka Sejahtera Engineering dan PT. Berkah Industri Mesin Angkat di Surabaya.

9. Teman-teman Magister Administrasi Publik atas saran, bantuan, dukungan, dan kebersamaan selama menempuh studi.

10. Kedua Orang Tua dan Saudara yang tak henti memberikan support dan doa demi kelancaran dalam penyelesaian studi.

Malang, 16 Januari 2018

Penulis

Aninda Yusmiati Dewi



RINGKASAN

Aninda Yusmiati Dewi, Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang. "Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Evaluasi Program BPJS Kesehatan Untuk Tenaga Kerja di Surabaya Tahun 2014 – 2016)"; Komisi Pembimbing: Ketua: Prof. Dr. Sjamsiar Sjamsuddin, Anggota Dr. Lely Indah Mindarti, M.Si.

Latar belakang penelitian ini adalah pentingnya evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional yang dilaksanakan oleh BPJS di bidang kesehatan untuk tenaga kerja di Surabaya. Implementasi program yang telah dilaksanakan mulai dari tahun 2014 sampai dengan 2016 untuk tenaga kerja dianggap belum memenuhi tujuan dari kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional. Masih terdapat kesenjangan dalam pelayanan dari BPJS Kesehatan untuk tenaga kerja di Surabaya.

Metode Penelitian yang digunakan adalah kualitatif deskriptif. Teknik pengumpulan data dari wawancara, observasi dari responden yang diambil dengan teknik purposive sampling, dan dokumentasi. Analisis data menggunakan teori triple loops (Argyris, 1999).

Hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa evaluasi program jaminan kesehatan nasional pada BPJS Kesehatan untuk tenaga kerja di kota Surabaya tahun 2014 - 2016 dengan fokus indikator pada input (yang berkaitan dengan SDM dan pendanaan), proses (berkaitan dengan implementasi JKN dari tahun 2014 -2016), serta output (hasil implementasi program JKN yang dapat terpenuhi dilihat dari jumlah peserta tenaga kerja yang terdaftar, pelayanan kesehatan, dan biaya langsung yang masih dibayarkan). Dari output dijelaskan masih terdapat jumlah tenaga kerja yang belum terdaftar BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan yang terjamin belum dapat memenuhi kepuasan dari peserta BPJS Kesehatan. Dan tenaga kerja masih mengeluarkan biaya tunai untuk mendapatkan pelayanan. Faktor pendukung dari evaluasi program JKN tersebut adalah a) kualitas SDM yang berkompeten, b) Sistem informasi manajemen BPJS Kesehatan yang baik, c) kerja sama dengan pihak lain untuk memperluas kepesertaan. Faktor penghambatnya adalah a) Rendahnya dukungan dari kelompok sasaran, b) kurangnya pengawasan maupun peraturan, c) transparansi belum merata, dan d) lemahnya peningkatan sosialisasi.

Kesimpulan dari evaluasi program JKN untuk tenaga kerja di Kota Surabaya belum berhasil di implementasikan. Masing-masing stakeholder memiliki peran yang saling berkaitan untuk mewujudkan tujuan program Jaminan Kesehatan Nasional. Saran yang diberikan yaitu a) perlu ada regulasi yang mengatur tentang pengawasan, b) peningkatan pengawasan verifikasi data dan penanganan pasien dengan inovasi sistem berbasis online, c) Jemput bola untuk meningkatkan kuantitas kepesertaan, d) data terintegrasi pada pihak terkait.

Kata Kunci : Evaluasi Kebijakan, Program Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan Kota Surabaya, Tenaga Kerja.

SUMMARY

Aninda Yusmiati Dewi, Postgraduate Program, Faculty of Administrative Sciences, University of Brawijaya, Malang. "Evaluation of National Health Insurance Program (Study of Program Evaluation BPJS Health for Labor in Surabaya 2014 - 2016)". Advisory Commission, Supervisor: Prof. Dr. Sjamsiar Sjamsuddin, Co-Supervisor: Dr. Lely Indah Mindarti, M.Sc.

Background of this research is the evaluation program of the National Health Insurance carried out by BPJS in the field of health for workers in Surabaya. The implementation of programs that have been implemented from 2014 to 2016 for workers is considered to have not answered the objectives of the National Health Insurance policy. There are still gaps in the services of BPJS Health for workers in Surabaya.

The research method used is descriptive qualitative. The technique of collecting data from interviews, observations from respondents taken by purposive sampling technique, and documentation. Data analysis uses the theory of triple loops (Argyris, 1999).

Results of this study that the evaluation of the national health insurance program at the BPJS Health in the city of Surabaya in 2014 - 2016 with a focus on indicators on inputs (related to human resources and funding), processes (related to JKN implementation from 2014-2016) and output (results of the implementation of the JKN program that can be fulfilled in terms of the number of registered workforce participants, health services, and direct costs paid). From the output, it is explained that there are still a number of workers who have not registered with the Health BPJS. Guaranteed health services cannot meet the satisfaction of BPJS Health participants. And workers still pay cash to get services. Supporting factors from the evaluation of the JKN program are a) quality of competent human resources, b) BPJS health management information system that is good, c) cooperation with other parties to expand participation. The barrier factors are a) Low support from the target group, b) lack of supervision and regulation, c) transparency is not evenly distributed, and d) weak improvement in socialization.

Conclusion of the evaluation of the JKN program for labor in Surabaya has not been successfully implemented. Each stakeholder has an interrelated role to realize the objectives of the National Health Insurance program. Suggestions given are a) there needs to be regulations governing supervision, b) increasing supervision of data verification and handling patients with online-based system innovation, c) picking up balls to increase the quantity of participation, d) integrated data on related parties.

Keywords: Policy Evaluation, National Health Insurance Program, Surabaya City Health BPJS, Labor.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat ALLAH SWT, atas limpahan rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Evaluasi Pada BPJS Kesehatan Untuk Tenaga Kerja di Surabaya Tahun 2014 - 2016). Tulisan ini menyajikan tentang hasil penelitian dari evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional pada BPJS Kesehatan yang berfokus input, proses serta output dari implementasi program JKN yang telah dilaksanakan mulai dari tahun 2014 sampai 2016, serta rekomendasi kebijakan untuk mengatasi hambatan implementasi kebijakan program BPJS Kesehatan khususnya pada tenaga kerja di Surabaya.

Tulisan ini tentunya masih banyak kekurangan dan kesalahan. Serta tidak luput dari keterbatasan penulis untuk menyajikan penelitian secara jelas dan mendalam. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran maupun kritikan membangun supaya penelitian ini memberikan banyak manfaat bagi pihak yang membutuhkan dan juga bagi penelitian-penelitian selanjutnya.

Malang, 11 Januari 2018

penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul..... i

Lembar Pengesahan..... ii

Identitas Penguji..... iii

Pernyataan Orisinalitas..... iv

Halaman Persembahan..... v

Riwayat Hidup Penulis..... vi

Ucapan Terimakasih..... vii

Ringkasan..... ix

Summary..... x

Kata Pengantar..... xi

Daftar Isi..... xii

Daftar Tabel..... xvi

Daftar Gambar..... xvii

Daftar Singkatan dan Istilah Penting..... xviii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang..... 1

1.2 Rumusan Masalah..... 11

1.3 Tujuan Penelitian..... 11

1.4 Manfaat Penelitian.....

 1.4.1. Manfaat Teoritis..... 11

 1.4.2. Manfaat Praktis..... 12

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penelitian Terdahulu..... 13

2.2 Konsep Kebijakan Publik.....

 2.2.1 Pengertian Kebijakan Publik..... 30

 2.2.2 Tahap-tahap Kebijakan Publik..... 32

2.3 Evaluasi Kebijakan.....

 2.3.1 Konsep Evaluasi Kebijakan..... 36

 2.3.2 Kriteria Evaluasi Kebijakan..... 40

 2.3.3 Tipe-tipe Evaluasi Kebijakan..... 42

 2.3.4 Dimensi Evaluasi Kebijakan..... 44

2.4 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....

 2.5.1 Konsep Jaminan Kesehatan Nasional..... 47

 2.5.2 Dasar Hukum..... 44

 2.5.3 Kepesertaan..... 58

 2.5.4 Jaminan Kesehatan Nasional Menuju Cakupan Semesta 2019..... 61

BAB III Analisis Sosial Setting Penelitian

3.1 Karakteristik Lokasi dan Wilayah Penelitian.....

 3.1.1. Kondisi Geografis..... 65



3.1.2. Kondisi Demografi dan Sosio Ekonomi.....	70
3.2 BPJS Kesehatan Kota Surabaya	
3.2.1. Lokasi BPJS Kesehatan Cabang Kota Surabaya.....	81
3.2.2. Visi dan Misi BPJS Kesehatan Cabang Kota Surabaya.....	82
3.2.3. Struktur Organisasi.....	83
3.2.4. Kinerja Terkini.....	90
BAB IV Metode Penelitian	
4.1 Jenis Penelitian.....	92
4.2 Fokus Penelitian.....	92
4.3 Lokasi dan Situs Penelitian	
4.3.1 Lokasi Penelitian	94
4.3.2 Situs Penelitian	94
4.4 Instrumen Penelitian.....	95
4.5 Sumber dan Jenis Data	
4.5.1 Sumber Data.....	95
4.5.2 Jenis Data.....	95
4.6 Teknik Pengumpulan Data.....	96
4.7 Keabsahan Data.....	99
4.8 Analisis Data.....	102
BAB V Hasil dan Pembahasan	
5.1 Data Hasil Penelitian.....	105
5.1.1. Gambaran Umum Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional pada BPJS Kesehatan Kota Surabaya.....	105
5.1.2. Dasar Hukum	108
5.1.3. Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional pada BPJS Kesehatan untuk tenaga kerja di Kota Surabaya Tahun 2014 – 2016	
5.1.3.1 <i>Input</i>	109
a. Sumber Daya Manusia yang terlibat dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS Kesehatan KCU Surabaya.....	109
b. Dana (Pembiayaan) Program Jaminan Kesehatan Nasional	118
1) Iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan.....	121
2) Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan.....	127
3) Sanksi Iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan.....	129
5.1.3.2 Proses Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional.....	132
a. Perluasan Kepesertaan untuk Peserta Penerima Upah Tenaga Kerja Swasta	132
b. Pelayanan Peserta Penerima Upah untuk Tenaga Kerja Swasta	138



5.1.3.3	Output/Hasil yang telah dicapai dari implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional untuk Tenaga Kerja di Kota Surabaya	
a.	Jumlah Kepesertaan Tenaga Kerja yang terdaftar di BPJS Kesehatan	143
b.	Pelayanan Kesehatan yang di jamin untuk tenaga kerja	146
c.	Biaya langsung yang masih ditanggung oleh tenaga kerja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan	149
5.1.4.	Faktor Pendukung dan Penghambat dalam Implementasi Program JKN pada Tenaga Kerja di Kota Surabaya	
5.1.4.1	Faktor Pendukung	
a.	Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang kompeten	152
b.	Sistem Informasi Manajemen BPJS Kesehatan yang baik	155
c.	Peningkatan kerja sama dengan lembaga lain untuk memperluas cakupan kesehatan	156
5.1.4.2	Faktor Penghambat	
a.	Rendahnya dukungan dari kelompok sasaran	158
b.	Kurangnya Peraturan untuk pengawasan Kepesertaan pada Badan Usaha dan Tenaga Kerja	160
c.	Transparansi masih berjalan dua sisi antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan	162
d.	Lemahnya strategi dalam peningkatan Kepesertaan pada Badan Usaha	162
5.2	Pembahasan	
5.2.1.	Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional pada BPJS Kesehatan untuk tenaga kerja di Kota Surabaya Tahun 2014 – 2016	163
5.2.1.1	Input	
a.	Sumber Daya Manusia yang terlibat dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional	166
b.	Dana (Pembiayaan) Program Jaminan Kesehatan Nasional	172
1)	Iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan	176
2)	Pengelolaan iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan	181
3)	Sanksi iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan	184
5.2.1.2	Proses Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional	
a.	Perluasan Kepesertaan untuk Peserta Penerima Upah Tenaga Kerja Swasta	186
b.	Pelayanan Peserta Penerima Upah untuk Tenaga Kerja Swasta	189
5.2.1.3	Output/Hasil yang telah dicapai dari implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional untuk Tenaga Kerja di Kota Surabaya	

a.	Jumlah Peserta Tenaga Kerja yang terdaftar di BPJS Kesehatan KCU Surabaya	195
b.	Pelayanan Kesehatan yang di jamin untuk tenaga kerja	196
c.	Biaya langsung yang masih ditanggung oleh tenaga kerja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.....	198
5.2.2.	Faktor Pendukung dan Penghambat dalam Implementasi Program JKN pada Tenaga Kerja di Kota Surabaya	
5.2.2.1	Faktor Pendukung	
a.	Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang kompeten.....	201
b.	Sistem Informasi Manajemen BPJS Kesehatan yang baik....	202
c.	Peningkatan kerja sama dengan lembaga lain untuk memperluas cakupan kesehatan.....	204
5.2.2.2	Faktor Penghambat	
a.	Rendahnya dukungan dari kelompok sasaran	205
b.	Kurangnya Peraturan untuk pengawasan Kepesertaan pada Badan Usaha dan Tenaga Kerja.....	207
c.	Transparansi masih berjalan dua sisi antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan	208
d.	Lemahnya strategi dalam peningkatan Kepesertaan pada Badan Usaha	209
BAB VI Kesimpulan dan Saran		
6.1	Kesimpulan	210
6.2	Saran	211
DAFTAR PUSTAKA		214

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbandingan Penelitian Terdahulu..... 20

Tabel 2.1 Kriteria Evaluasi Menurut Dunn 39

Tabel 2.3 Tahapan Kepesertaan Wajin JKN 59

Tabel 2.4 Sasaran Pokok Menuju Cakupan 2019 61

Tabel 3.1 Kondisi Iklim di Surabaya Satu Tahun 70

Tabel 3.2 Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin Per Kecamatan Tahun 2015 71

Tabel 3.3 Peringkat Realisasi Industri PMDN Kota Surabaya menurut Sektor 75

Tabel 3.4 Jumlah Industri dan Tenaga Kerja Menurut Golongan Industri Tahun 2005-2014 76

Tabel 3.5 Luas Wilayah Kota Surabaya Berdasarkan Kecamatan Tahun 2015..... 81

Tabel 5.1 Pelayanan BPJS Kesehatan dari Indikator SDM 116

Tabel 5.2 Besaran iuran yang harus dibayar peserta Jaminan Kesehatan Nasional 123

Tabel 5.3 Daftar UMK Surabaya per Tahun 124

Tabel 5.4 Matriks Koordinasi Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2014 141

Tabel 5.5 Daftar Jumlah Badan Usaha per Kecamatan dari Tahun 2014 – 2016 144

Tabel 5.6 Jumlah Tenaga Kerja yang terdaftar di Badan Usaha Tahun 2014 – 2016 145

Tabel 5.7 Ketersediaan Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama 147

Tabel 5.8 Ketersediaan Jumlah FKTRL di Kota Surabaya 148

Tabel 5.9 Perbandingan Kelebihan Asuransi Sosial dengan Asuransi Komersial 149



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Proses Kebijakan Publik 28

Gambar 3.1 Peta Pembagian Administratif Kota Surabaya 80

Gambar 3.2 Lokasi BPJS Kesehatan Cabang Kota Surabaya 83

Gambar 3.3 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan 86

Gambar 4.1 Analisis Triple Loop 106

Gambar 5.1 Struktur Organisasi Kantor Cabang 112

Gambar 5.2 Penahapan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional 120

Gambar 5.3 Jumlah Pendapatan Iuran 121

Gambar 5.4 Skema Pembayaran Iuran Peserta JKN 122

Gambar 5.5 Mekanisme klaim koordinasi manfaat di Rumah Sakit Faskes
BPJS Kesehatan 142



DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH PENTING

DAFTAR SINGKATAN

A

- ADB = *Asian Development Bank*
- AIDS = *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
- ASABRI = Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia
- Askes = Asuransi Kesehatan
- Askeskin = Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
- APBD = Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
- APBN = Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional

B

- Bappenas = Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
- BHP = Bahan Habis Pakai
- BKKBN = Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
- BPJS = Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- BPK = Badan Pemeriksa Keuangan
- BPJKD = Badan Pelaksana Jaminan Kesehatan Daerah
- BPKKD = Badan Pengelola Keuangan dan Kekayaan Daerah
- BPS = Badan Pusat Statistik
- BUK = Bina Upaya Kesehatan
- BUMN = Badan Usaha Milik Negara

D

- DBK = Daerah Bermasalah Kesehatan
- Dinkes = Dinas Kesehatan
- Disnaker = Dinas Tenaga Kerja
- DPR = Dewan Perwakilan Rakyat
- DPRD = Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
- DUKM = Dana Upaya Kesehatan Masyarakat



F

Faskes = Fasilitas Kesehatan

FKRTL = Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

FKTP = Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

G

GSIS = *Government Service Insurance System*

H

HIV = *Human Immunodeficiency Virus*

I

ICCU = *Intensive Cardiac Care Unit*

ICU = *Intensive Care Unit*

IGD = Instalasi Gawat Darurat

ILO = *International Labour Organization*

INA-CBGs = *Indonesia Case Base Groups*

INA-DRG = *Indonesia Diagnostic Related Groups*

IOL = *Intra Ocular Lens*

IT = informasi dan teknologi

J

Jamkesda = Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

Jamkesmas = Jaminan Kesehatan Masyarakat

Jamkesmasda = Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah

Jampersal = Jaminan Persalinan

Jamsoskes = Jaminan Sosial Kesehatan

Jamsostek = Jaminan Sosial Tenaga Kerja

JamkesProv = Jaminan Kesehatan Provinsi

Jamkesta = Jaminan Kesehatan Semesta

Jamsosda = Jaminan Sosial Daerah

JHT = Jaminan Hari Tua

JK = Jaminan Kesehatan

JKM = Jaminan Kematian
 JKN = Jaminan Kesehatan Nasional
 JKK = Jaminan Kecelakaan Kerja
 JKS = Jaminan Kesehatan Sosial
 JPK = Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
 JPK Gakin = Jaminan Perlindungan Kesehatan Keluarga Miskin
 JPKM = Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
 JPKMM = Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin
 JPS-BK = Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan

K

KB = Keluarga Berencana
 Kemenkes = Kementerian Kesehatan
 Kepri = Kepulauan Riau
 KfW = *Kreditanstalt für Wiederaufbau*
 KIA = Kesehatan Ibu dan Anak
 KK = Kartu Keluarga
 KKI = Konsil Kedokteran Indonesia
 KLB = Kejadian Luar Biasa
 KTP = Kartu Tanda Penduduk

M

Manlak = Pedoman Pelaksanaan
 MDGs = *Millenium Development Goals*
 Menaker = Menteri Tenaga Kerja
 Menkes = Menteri Kesehatan
 MKRI = Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia
 MoU = *Memorandum of Understanding*
 MTBS = Manajemen Terpadu Balita Sehat

N

NAPZA = Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif
 NHIP = *National Health Insurance of the Philippines*
 NHS = *National Health System*



NICU = Neonatal Intensive Care Unit

OWWA = Overseas Workers' Welfare Administration

PBI = Penerima Bantuan Iuran

PBPU = Peserta Bukan Penerima Upah

PDB = Produk Domestik Bruto

PDT = Percepatan Daerah Tertinggal

Pemda = Pemerintah Daerah

PerBup = Peraturan Bupati

Perda = Peraturan Daerah

PerGub = Peraturan Gubernur

Perpres = Peraturan Presiden

Perwali = Peraturan Walikota

PHB = Perum Husada Bhakti

PICU = Pediatric Intensive Care Unit

PKH = Program Keluarga Harapan

PKTK = Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja

PMS = Penyakit Menular Seksual

PNS = Pegawai Negeri Sipil

Polri = Kepolisian Republik Indonesia

PP = Peraturan Pemerintah

PPU = Peserta Penerima Upah

P2JK = Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan

PPK = Pemberi Pelayanan Kesehatan

PPK BLU = Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

PTT = Pegawai Tidak Tetap

PTSP = Pelayanan Terpadu Satu Pintu

PTKP = Penghasilan Tidak Kena Pajak

R

RBF = Result-Based Financing

RITL	= Rawat Inap Tingkat Lanjut
RJTL	= Rawat Jalan Tingkat Lanjut
RJTP	= Rawat Jalan Tingkat Pertama
RITP	= Rawat Inap Tingkat Pertama
RPJM	= Rencana Pembangunan Jangka Menengah
RPJMD	= Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RPJMN	= Rencana Pembangunan Jangka Menengah
RS	= Rumah Sakit
RSD	= Rumah Sakit Daerah
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
S	
Sakernas	= Survei Angkatan Kerja Nasional
Samisake	= Satu Miliar Satu Kecamatan
Satgas	= Satuan Tugas
SDM	= Sumber Daya Manusia
SJKD	= Sistem Jaminan Kesehatan Daerah
SJSN	= Sistem Jaminan Sosial Nasional
SK	= Surat Keputusan
SKB	= Surat Keputusan Bersama
SKN	= Sistem Kesehatan Nasional
SKPD	= Satuan Kerja Pemerintah Daerah
SSS	= <i>Social Security System</i>
SKTM	= Surat Keterangan Tidak Mampu
Sumbar	= Sumatera Barat
Sumsel	= Sumatera Selatan
Susenas	= Sensus Sosial Ekonomi Nasional
T	
Taspen	= Tabungan dan Asuransi Pensiun
THT	= Telinga Hidung Tenggorok
TNI	= Tentara Nasional Indonesia



U

UHC = *Universal Health Coverage*

UKP = *Upaya Kesehatan Perorangan*

UMK = *Upah Minimum Kota/Kabupaten*

UMP = *Upah Minimum Provinsi*

UP = *Unit Pelaksana*

UPTD = *Unit Pelaksana Teknis Daerah*

USG = *Ultra Sono Grafi*

UU = *Undang-Undang*

UUD 1945 = *Undang-Undang Dasar 1945*

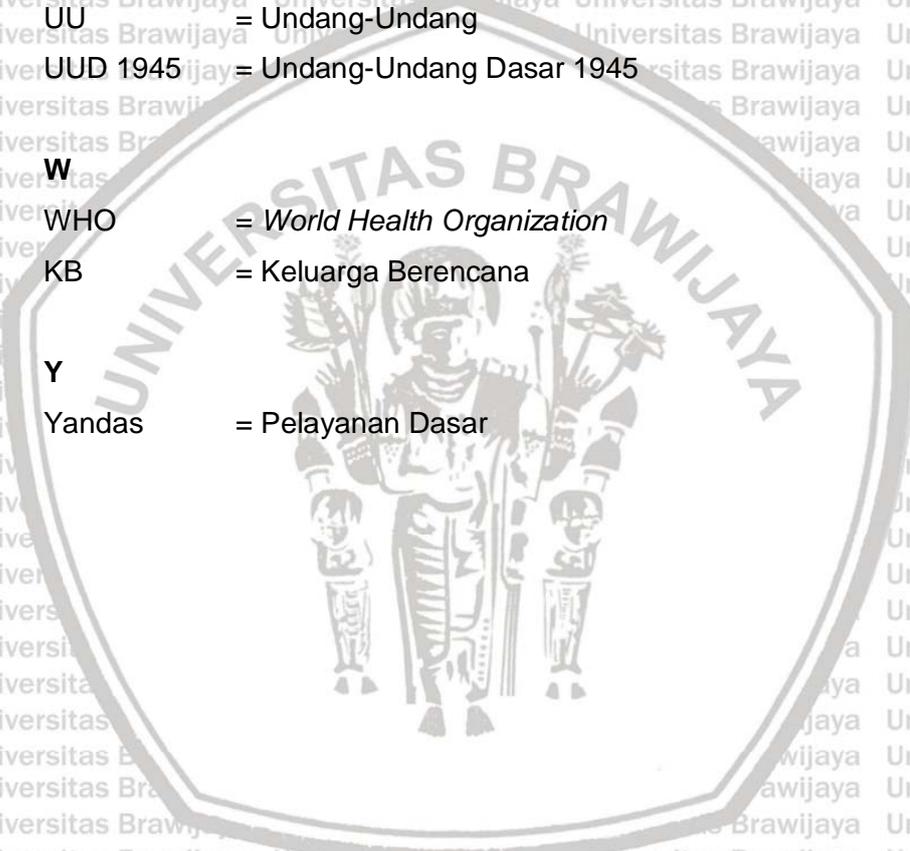
W

WHO = *World Health Organization*

KB = *Keluarga Berencana*

Y

Yandas = *Pelayanan Dasar*



BAB I

Pendahuluan

1.1 Latar Belakang

Kebijakan publik (*public policy*) sebenarnya menjadi realitas sosial sejak manusia menyadari bahwa mereka memiliki tujuan hidup yang sama disamping variasi kepentingan yang ada. Pengertian dasar kebijakan publik menurut Parson (1997, h.21) adalah sebagai perwujudan keinginan dari para sarjana sosial untuk memecahkan masalah-masalah sosial di lapangan (*close the gap between knowledge and policy*). Menurut Suharto (2005, h.7) kebijakan adalah prinsip atau cara bertindak yang dipilih untuk mengarahkan pengambilan keputusan. Pada sudut pandang lain Abdul Wahab (2004, h.12) mengatakan bahwa istilah 'kebijakan' ini penggunaannya sering dipertukarkan dengan istilah-istilah lain seperti tujuan (*goals*) program, keputusan, undang-undang, ketentuan-ketentuan, standar, proposal dan *grand design*.

Kebijakan publik yang dibuat eksekutif didalam perkembangannya, peran eksekutif tidak cukup hanya melaksanakan kebijakan yang dibuat legislatif, karena semakin meningkatnya kompleksitas permasalahan kehidupan bersama sehingga diperlukan kebijakan-kebijakan publik yang pelaksanaannya berfungsi sebagai turunan dari kebijakan publik di atasnya, misalnya ditingkat daerah terdapat (1) Keputusan Gubernur dan bertingkat keputusan Dinas-dinas dibawahnya, (2) Keputusan Bupati, (3) Keputusan Walikota dan bertingkat keputusan Dinas-Dinas dibawahnya (Abdul Wahab, 2004:h.60).

Menurut Grindle (1980, h.14) kebijakan publik dalam implementasinya diarahkan pada Pelayanan Publik, yaitu salah satu bentuk kewajiban Penguasa

Negara (Pemerintah) dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat (stakeholder) guna mewujudkan kesejahteraan umum. Demikian juga dalam memformulasikan implementasi kebijakan publik sebagai upaya menciptakan keterkaitan yang memungkinkan tujuan kebijakan publik dapat diwujudkan sebagai hasil dan aktifitas pemerintah (Grindle, 1980, h.6 dalam Wiyoto, 2005, h.31).

Kesehatan adalah salah satu hak asasi manusia sehingga kesehatan merupakan kewajiban pemerintah kepada warga negaranya terutama terhadap warga negara yang kurang memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu karena pengaruh ketidakmampuan secara ekonomi. Pada tahun 2000, untuk pertama kalinya kata-kata "kesehatan" tercantum dalam UUD 1945 pada pasal 28H yang merupakan hasil amandemen tahun 2000 "...setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan". Hal ini tentu saja merupakan jaminan hak-hak kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia sesuai dengan deklarasi Hak Asasi Manusia oleh PBB pada tahun 1947.

Pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan selama ini telah mengalami kemajuan yang cukup berarti bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Walaupun demikian, jika dibandingkan dengan status kesehatan penduduk negara-negara tetangga misalnya maka status kesehatan penduduk Indonesia masih jauh tertinggal yang ditunjukkan dengan masih tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) dibandingkan dengan negara-negara tetangga. Laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2013 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia 210 per 100.000 kelahiran hidup, AKI di negara berkembang 230 per 100.000 kelahiran hidup dan AKI di negara maju 16 per 100.000 kelahiran hidup, Asia Tenggara

140 per 100.000 kelahiran hidup, Asia Selatan 190 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014)

Pada tahun 2013 AKI di Indonesia mencapai 190 per 100.000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan Malaysia, Filipina dan Singapura, angka tersebut lebih besar dibandingkan dengan angka dari negara-negara tersebut. Dimana AKI Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 120 per 100.000 kelahiran hidup dan Singapura 6 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014)

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi, WHO menyebutkan pada tahun 2013 AKB di dunia 34 per 1.000 kelahiran hidup, AKB di negara berkembang 37 per 1.000 kelahiran hidup dan AKB di negara maju 5 per 1.000 kelahiran hidup. AKB di Asia Timur 11 per 1.000 kelahiran hidup. AKB di Asia Barat 21 per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2014)

Pada tahun 2013 angka AKB di Indonesia mencapai 25 per 1.000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan Malaysia, Filipina, dan Singapura, angka tersebut lebih besar dibandingkan dengan angka dari negara-negara tersebut, dimana Malaysia hanya 7 per 1.000 kelahiran hidup, Filipina 24 per 1.000 kelahiran hidup dan Singapura 2 per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2014)

Berbagai studi, termasuk yang dilaporkan dalam *World Health Report 2014*, menunjukkan bahwa rendahnya angka kematian bayi dan kinerja sistem kesehatan lainnya mempunyai korelasi yang kuat dengan pembiayaan kesehatan. Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik tentu saja membutuhkan dukungan anggaran yang mencukupi. Laporan WHO tersebut menempatkan kinerja sistem kesehatan Indonesia pada urutan ke-158 dari 194 negara, yang jauh lebih rendah dari kinerja sistem kesehatan negara tetangga seperti Malaysia (urutan ke 85), Muangtai (urutan ke 147) dan Filipina (urutan ke

60). Bahkan dibanding dengan negara-negara di Asean, Indonesia berada pada peringkat ke-2 dari bawah, hanya menang dari Laos dan Myanmar yaitu 36 US \$/kapita, 2.1% dari GDP (WHO,2014) dengan anggaran yang tergolong rendah tersebut maka wajar jika pelayanan kesehatan di Indonesia belum dapat memenuhi harapan sebagian besar masyarakat.

Pengeluaran kesehatan Indonesia yang rendah tersebut, baik yang bersumber dari masyarakat maupun yang bersumber dari pemerintah, diduga tidak mengalami kenaikan berarti selama ini. Banyak laporan menyampaikan bahwa pemerintah mempunyai kontribusi sebesar 20-30% dari pembiayaan kesehatan secara keseluruhan. Sementara pembiayaan kesehatan oleh sektor swasta, yang pada umumnya merupakan pengeluaran yang dibayarkan langsung dari kantong sendiri (*out of pocket*) kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) mencapai 60%-70% (Depkes, 2014). Tingginya pengeluaran *out of pocket* ini bersifat regresif, yakni semakin berat dirasakan oleh mereka yang berpendapatan rendah dibandingkan dengan mereka yang berpendapatan tinggi.

Sistem pembiayaan yang regresif ini dikenal sebagai sistem pembiayaan yang tidak adil (*unfair*) dalam konsep *equity egalitarian* karena justru memberatkan penduduk golongan bawah. Penelitian yang dilakukan Thabrany dan Pujiyanto (2000, h.25) menunjukkan bahwa penduduk 10% terkaya mempunyai akses rawat inap di rumah sakit yang 12 kali lebih besar dari penduduk 10% termiskin. Keadaan ini sudah berlangsung lebih dari satu dekade dan tanpa upaya yang sistematis dan serius, kesenjangan tersebut akan terus berlangsung. Untuk melihat tingkat keadilan pembiayaan ini, WHO mengembangkan indeks keadilan pembiayaan kesehatan (*fairness in health care financing*). Dalam indeks inilah Indonesia berada jauh di bawah negara-negara tetangga yang memang telah

memiliki infrastruktur pembiayaan kesehatan yang jauh lebih baik. Berbagai Penelitian menunjukkan bahwa kesenjangan pelayanan (*inequity*) dapat diperkecil dengan memperbesar porsi pembiayaan publik atau asuransi kesehatan publik. Sayangnya, cakupan asuransi kesehatan yang *sustainable* di Indonesia masih rendah yaitu berkisar pada 16% penduduk (Thabrany, 2002: h.15).

Kebutuhan biaya pelayanan kesehatan cenderung terus mengalami kenaikan sehingga kemampuan daya beli kesehatan masyarakat cenderung menurun. Hal ini menyebabkan jika jatuh sakit penghasilannya akan habis untuk biaya kesehatan dan terampas kesejahteraan minimum. Untuk itulah, diperlukan sistem yang menjamin kesehatan masyarakat miskin pada khususnya dan seluruh masyarakat pada umumnya. Melalui jaminan kesehatan masyarakat keterbatasan khususnya akses dan kemampuan membayar akan dapat berkurang sehingga status kesehatan akan meningkat (Mukti, 2009:h.20).

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Krisis moneter yang terjadi pada tahun 1998, menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang sangat mahal. Hal ini menyebabkan warga miskin mengalami kesulitan untuk mengakses kesehatan.

Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) merupakan program terobosan dari pemerintah untuk menolong rakyat miskin dari kesakitan.

Pada tahun 2005 pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin diselenggarakan dalam mekanisme asuransi kesehatan yang dikenal dengan Program Asuransi Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (Askeskin). Atas pertimbangan pengendalian biaya kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan

perubahan mekanisme pada tahun 2008 yang dikenal dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Selanjutnya Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan kebijakan baru di bidang jaminan sosial di Indonesia yang bertujuan untuk menggantikan program-program jaminan sosial yang ada sebelumnya seperti ASKES, JAMSOSTEK, TASPEN, DAN ASABRI dan mencakup seluruh penduduk. Sebagai program baru tentu saja diperlukan analisis yang baik agar pada tataran implementasinya tujuan yang diharapkan dapat tercapai secara optimal yang pada gilirannya akan meningkatnya kesejahteraan penduduk termasuk di bidang kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Munculnya program Jaminan Kesehatan Nasional yang digulirkan oleh pemerintah pada 1 Januari 2014 dengan tujuan untuk menyejahterakan masyarakat dalam bidang kesehatan seperti dua sisi mata uang. Salah satu sisi memberikan kemudahan bagi masyarakat untuk merasakan jaminan kesehatan, namun disisi lain memberikan beban karena jaminan kesehatan yang ada tidak diberikan secara gratis, karena ada harga yang dibayarkan. Ada harga yang harus dibayar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dijanjikan dalam kebijakan pemerintah akan ada pemerataan setiap warga negara seperti UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan bahwa pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan asas manfaat, keseimbangan, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, perikemanusiaan, gender dan nondiskriminatif.

Faktanya di dalam Perpres No. 23 Tahun 2013 tentang JKN, beberapa pasal bersifat diskriminatif, tidak menghormati hak-hak kesehatan rakyat terutama

masyarakat miskin, serta tidak mempertimbangkan situasi dan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini. Hampir 4 (empat) tahun pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebagai penyelenggara tunggal, Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) diupayakan dapat mengakomodir pelaksanaan program JKN ini secara sistematis demi memenuhi amanat undang-undang. Namun tidak bisa dipungkiri berbagai kelemahan masih terjadi dalam operasionalnya. "Usia" BPJS yang masih muda tentu tidak bisa dijadikan alasan mengingat BPJS Kesehatan adalah transformasi dari badan usaha yang sebelumnya juga bergerak di bidang asuransi kesehatan.

Kenaikan iuran yang dibebankan kepada masyarakat juga telah menjadi polemik tersendiri. Sesuai dengan peraturan presiden nomor 19 tahun 2016 tentang perubahan kedua atas peraturan presiden nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan. Sehingga terhitung mulai 1 april 2016 iuran peserta Jaminan Kesehatan Nasional baik untuk masyarakat pekerja penerima upah dan peserta pekerja bukan penerima upah mengalami kenaikan. Kenaikan tersebut beralasan untuk menekan deficit klaim pembayaran, selain itu harapan untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan.

Pekerja Penerima Upah (PPU) menjadi salah satu dampak dari sistem Jaminan Kesehatan Nasional yang berasaskan gotong royong. Persentase yang dibebankan kepada PPU disesuaikan dengan upah yang diterima, hal tersebut diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 19 tahun 2016. Perusahaan terbebani harus mendaftarkan seluruh pekerja untuk menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Hal tersebut tertulis jelas dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS Kesehatan yang menyebutkan Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada

BPJS sesuai dengan Program Jaminan Sosial yang diikuti. Belum terselesaikan permasalahan pelayanan kesehatan, Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan secara teknis telah berganti nama menjadi JKN-KIS (Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat). Tetapi secara signifikan belum dirasakan adanya peningkatan pelayanan kesehatan dari program JKN-KIS. Secara teknis, kartu yang digunakan oleh peserta yang berubah, dengan alasan banyaknya penyalahgunaan yang terjadi di lapangan seperti pemalsuan kartu dan kode. Selain itu, dari BPJS Kesehatan sendiri hanya memberikan jawaban mengikuti peraturan pemerintah.

Seiring dengan kenaikan iuran, pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat terpenuhi menjadi sebuah tujuan dari adanya Jaminan Kesehatan Nasional ini. Terlebih sejak transformasi jaminan kesehatan untuk pekerja Penerima Upah yang telah dilebur menjadi satu menjadi BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Perlu diketahui bahwa bagi pekerja penerima upah (PPU) dibedakan menjadi 2 (dua) yaitu tenaga kerja swasta, BUMN, BUMD dan Pegawai yang berkerja di lembaga pemerintahan yang didalamnya terdiri dari PNS, Polri, TNI, pejabat negara dan pekerja pemerintah non PNS. Sebelumnya adalah bagian dari sistem asuransi kesehatan yang dibedakan, yaitu untuk pekerja pemerintah ditangani oleh PT. Askes dan untuk pekerja non pemerintah oleh PT. Jamsostek. Kelebihan dari sistem asuransi yang dibedakan adalah, tidak memerlukan perubahan sistem yang berbelit-belit dengan tujuan yang sama yaitu kesehatan dan kesejahteraan. Namun kebijakan pemerintah yang mewajibkan untuk setiap warga negara Indonesia mengikuti jaminan kesehatan nasional menjadi tujuan sedikit "memaksa" bagi pemberi upah untuk dapat mengikuti program ini.

Besaran premi yang wajib dibayarkan oleh pemberi kerja dan penerima upah setiap tahun meningkat karena UMR (Upah Minimum Regional) setiap provinsi mengalami peningkatan. Sedangkan pelayanan yang diterima oleh peserta BPJS Kesehatan harus sama. Ketentuan pembayaran iuran harus dilakukan oleh pihak perusahaan sebelum tanggal sepuluh setiap bulan berjalan. Apabila terjadi keterlambatan iuran maka denda dibebankan kepada perusahaan. Meskipun setiap perusahaan memiliki *virtual account* masing-masing untuk melakukan pembayaran namun tidak didukung oleh kerjasama antar bank yang telah ditunjuk oleh BPJS Kesehatan untuk membantu dalam hal penerimaan pembayaran iuran. Konsekuensi lain yang harus diterima oleh pemberi kerja maupun peserta adalah kartu KIS secara otomatis non aktif jika pembayaran belum dilakukan setiap awal bulan. Hal tersebut jelas merugikan peserta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada faskes ataupun rumah sakit. Hal ini menuai kritik dari berbagai daerah tak terkecuali dari Bupati Gowa, yang pada waktu yang lalu mengajukan uji Materi Undang-Undang nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS Kesehatan. Adnan mengkritik bahwa besaran premi BPJS Kesehatan yang ditetapkan berdasarkan region tersebut mengandung unsur ketidakadilan, karena UMR di Jawa lebih tinggi dari pada di Sulawesi (Jawa Pos, Edisi 7 Januari 2017).

Namun dari sekian kekurangan dari Program Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan masih dijumpai keuntungan yang didapatkan oleh peserta penerima upah (PPU) jika menjadi peserta JKN. Antara lain yaitu, peserta yang telah didaftarkan oleh perusahaan dengan minimal UMR (Upah Minimum Regional) telah mendapatkan pelayanan fasilitas kesehatan tingkat kelas II (dua). Fasilitas kesehatan tersebut dapat digunakan dengan

indikasi medis yang beberapa asuransi swasta mengecualikannya, dengan kata lain BPJS Kesehatan menanggung semua jenis penyakit, maupun persalinan (Permenkes nomor 28 tahun 2014) Kedua, iuran yang ditanggung oleh peserta PPU hanya 1% dari 5% upah yang dilaporkan dan sudah mencakup 5 anggota keluarga dari peserta.

Manfaat yang telah dijelaskan diatas belum mampu menarik minat perusahaan untuk mendaftarkan tenaga kerja pada BPJS Kesehatan. Secara keseluruhan BPJS Telah merilis jumlah peserta per 13 Januari 2017 adalah sebanyak 172.620.296 (Seratus tujuh puluh dua juta enam ratus dua puluh ribu dua ratus Sembilan puluh enam jiwa). Jumlah tersebut terbagi dari 63% Peserta BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan 24 % merupakan peserta BPJS Kesehatan Pekerja Penerima Upah serta 13% merupakan peserta mandiri yang iurannya dibayar sendiri. Dari daftar tersebut PPU swasta berjumlah 23.594.328 (dua puluh tiga juta lima ratus Sembilan puluh empat tiga ratus dua puluh delapan jiwa) (BPJS Online, diakses 20 Januari 2017). PPU swasta atau tenaga kerja di Surabaya yang sudah terdaftar di BPJS Kesehatan hanya 37,03 % dari jumlah keseluruhan tenaga kerja. Jumlah tenaga kerja di Surabaya mencapai 1.475.989 orang, yang terdiri dari pekerja formal sebanyak 664.191 orang dan pekerja informal sebanyak 811.798 orang (Antaranews, Rabu 14 Desember 2016, diakses 20 Januari 2017).

Berdasarkan jumlah tenaga kerja sebagai peserta BPJS Kesehatan dan berbagai masalah yang diungkapkan diatas, maka visi dari BPJS Kesehatan untuk terwujudnya jaminan kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan bagi seluruh penduduk Indonesia belum sepenuhnya terpenuhi. Evaluasi menjadi penting ketika suatu tujuan (*goal*) dalam sebuah kebijakan belum terpenuhi.

Evaluasi kebijakan dilakukan untuk menilai sejauh mana keefektifan kebijakan publik untuk dipertanggungjawabkan kepada publiknya dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dibutuhkan untuk melihat adanya kesenjangan antara harapan dan realita. Evaluasi kebijakan bertujuan untuk mencari kekurangan dan menutup kekurangan tersebut. Oleh karena itu diperlukannya evaluasi implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan sebagai wujud perlindungan kesehatan tenaga kerja di Kota Surabaya.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan pada uraian latar belakang masalah diatas, maka permasalahan pokok penelitian adalah

- a. Bagaimana evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional pada BPJS Kesehatan untuk tenaga kerja di Kota Surabaya tahun 2014 – 2016?
- b. Apa sajakah faktor yang mendukung dan menghambat program Jaminan Kesehatan Nasional pada BPJS Kesehatan untuk tenaga kerja di Kota Surabaya tahun 2014 - 2016?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan permasalahan yang telah dirumuskan, maka penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan, menganalisis dan menginterpretasikan :

- a. Untuk menganalisis dan mengevaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai perlindungan kesehatan tenaga kerja tahun 2014 – 2016.
- b. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis faktor-faktor yang mendukung dan menghambat dalam implementasi program Jaminan Kesehatan

Nasional pada BPJS Kesehatan untuk tenaga kerja di Kota Surabaya pada tahun 2014 – 2016.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat secara teoritis maupun secara praktis.

1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Memberikan kontribusi bagi pengembangan konsep evaluasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam ranah kebijakan publik.
- b. Sebagai referensi bagi peneliti berikutnya dalam kajian mengenai evaluasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Membantu pihak-pihak yang terlibat agar tercapainya tujuan Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk BPJS Kesehatan di Kota Surabaya
- b. Memberikan masukan konstruktif mengenai Evaluasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk BPJS Kesehatan agar tercapainya tujuan kemanfaatannya untuk keberlangsungan program dan masyarakat sebagai pengguna dari program tersebut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu berfungsi sebagai gambaran tentang metode dan teknik yang telah digunakan dalam penelitian yang mempunyai permasalahan serupa atau mirip dengan penelitian yang akan dilakukan. Selain itu dari penelitian terdahulu dapat diketahui kekurangan serta kelebihan dari penelitian sebelumnya untuk dapat memberikan kontribusi baru dalam penelitian yang lebih baik.

Berikut adalah beberapa penelitian yang pernah dilakukan mengenai tema Jaminan Kesehatan Nasional:

1. Penelitian yang ditulis oleh Putri Tanjung Sari Mahasiswa Universitas Brawijaya Tahun 2016 dengan judul "*Strategi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) studi pada BPJS Kesehatan Kantor Layanan Operasional Kabupaten Sidoarjo.*" Volume 4, Nomor 03, Tahun 2016. Tujuan dari Penelitian ini untuk mengenali satrategi yang digunakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional dan factor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaannya. Lokasi penelitian di Kabupaten Sidoarjo, yang digolongkan pada kelas kota Sedang. Penelitian ini bersifat deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa (1) Strategi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas: (a) strategi sosialisasi yang saat ini telah berjalan sesuai target yang telah dirumuskan untuk

mencapai keberhasilan. (b) strategi kerjasama dengan fasilitas kesehatan yang mulai menunjukkan kemajuan yang signifikan dilihat dari semakin banyaknya jumlah fasilitas yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. (c) strategi pengelolaan sumber daya BPJS Kesehatan yang profesional dan bertalenta. (d) strategi pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel. (2) Faktor pendukung terletak pada kemampuan pegawai dalam memajemen segala kegiatan BPJS Kesehatan baik, tetapi semua itu juga didukung dengan kesadaran masyarakat dan fasilitas kesehatan akan pentingnya jaminan kesehatan.

Sedangkan factor penghambat strategi jelas terlihat pada kurangnya fasilitas pelayanan kepesertaan di BPJS Kesehatan Kantor Layanan Operasional Kabupaten Sidoarjo yang seharusnya lebih dioptimalkan. Volumr 4, Nomor 03, Tahun 2016

2. Penelitian dari Indra Rahmanda, Fakultas Hukum, Tahun 2015 Universitas Brawijaya Malang dengan judul "*Implementasi pasal 16 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Terkait dengan Manfaat dan Informasi Jaminan Kesehatan terhadap Pekerja (Studi BPJS Kesehatan Kota Malang).*" Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional pada pasal 5 ayat (2) huruf a, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, selain itu peneliti merasa penting untuk mengetahui hambatan dan upaya untuk mengatasi implementasi pasal 16 tersebut. Penelitian tersebut menggunakan penelitian empiris dengan pendekatan yuridis sosiologis. Lokasi penelitian di Kota Malang data primer dan data

sekunder di dapatkan dari BPJS Kesehatan Kota Malang dan perusahaan-perusahaan yang menjadi pesertanya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi pasal 16 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional mengatur tentang hak peserta untuk memperoleh manfaat dan informasi tentang pelaksanaan program jaminan sosial yang diikuti masih jauh dari tujuan sebagaimana yang diharapkan dalam pasal 3-nya, yaitu pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi peserta jaminan sosial khususnya dalam hal kesehatan. BPJS Kesehatan memang telah memberikan informasi kepada peserta, tetapi masih dalam bentuk media elektronik yang berupa situs BPJS tersebut. Secara manual khususnya pada kantor BPJS Kota Malang pernah mengundang perusahaan-perusahaan yang menjadi peserta BPJS. Pemberian informasi kepada perusahaan tersebut diharapkan akan dibagikan kepada peserta yang menjadi pekerja dari perusahaan-perusahaan yang diundang. Tapi dalam praktiknya hal tersebut tidak dilakukan oleh perusahaan-perusahaan yang menghadiri undangan. Jadi tujuan pemberian informasi tersebut dalam berhasil. Hambatan yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan Kota Malang dalam implementasi pasal 16 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat dikategorikan menjadi 2 hambatan yaitu hambatan eksternal dan hambatan internal, hambatan eksternal dilihat dari sisi pekerja dalam menggunakan jaminan pemeliharaan kesehatan sedangkan hambatan internal dilihat dari sisi BPJS Kesehatan. Berbagai upaya maksimal telah dilakukan, misalnya mensosialisasikan pasal 16 Undang-Undang Nomor

40 Tahun 2004 tentang SJSN kepada pekerja melalui serikat-serikat pekerja, paling tidak kepada pengurus serikat pekerjanya. Hal ini tidak akan membutuhkan banyak biaya, tetapi penambahan jumlah personal di BPJS Kesehatan memang sangat penting.

3. Penelitian dari Hendry Aji Pratama, Fakultas Ilmu Administrasi 2016 Universitas Brawijaya yang berjudul "*Analisis Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*". Penelitian ini bertujuan untuk mengamati implementasi kebijakan di RS. Cipto Mangunkusumo, dan mengetahui dampak dari pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional di RSCM. Hasil dari penelitian ini adalah Implementasi JKN di RSCM telah berjalan dengan baik dimana pelayanan sudah sesuai dengan prosedur dan SOP yang berlaku. . Hanya saja, bentuk sosialisasi yang kurang efektif yang menyebabkan masih terdapatnya masyarakat yang tidak mengetahui prosedur pelayanan yang baik dalam mendapatkan pelayanan kesehatan JKN oleh BPJS di RSCM. Selain itu, dalam penelitian ini berdasarkan model implementasi kebijakan Edward III, sesuai dengan aspek komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasi, masih terdapat beberapa hal yang perlu dievaluasi dalam pelaksanaan JKN di RSCM ini. Berdasarkan hal tersebut, peneliti berupaya untuk menarik kesimpulan bahwa hingga saat ini penyelenggaraan JKN di RS Cipto Mangunkusumo sudah berjalan sesuai dengan peraturan yang berlaku serta pedoman pelaksanaannya.

Terlihat dari adanya komitmen atau kebijakan mengenai alur, tata cara,

hingga peraturan pelaksana yang dibentuk sendiri oleh pihak rumah sakit sebagai upaya pendukung pelaksanaan program.

4. Laporan penelitian dari Hubbert Janicki, 2013, berjudul "*Employment-Based Health Insurance: 2010*". Lebih dari separuh dari penduduk AS (55,1 persen) memiliki cakupan asuransi kesehatan kerja di 2011, dan di antara penduduk yang bekerja berusia 18-64, lebih dari dua-pertiga (68,2 persen) memiliki asuransi kesehatan melalui majikan mereka sendiri atau orang lain majikan. Selain itu, lebih dari sepertiga (34,7 persen) individu yang tidak bekerja cakupan diterima melalui asuransi kesehatan kerja berbasis, biasanya dari mantan majikan atau majikan orang lain. Laporan ini menggunakan data dari Survei Pendapatan dan Partisipasi Program (SIPP) untuk memeriksa karakter orang dengan yang disediakan majikan cakupan asuransi kesehatan serta karakteristik pengusaha bahwa asuransi menawarkan kesehatan. Ini dokumentasi distribusi arus kerja berbasis asuransi kesehatan cakupan seluruh karakteristik sosial ekonomi adalah diperlukan untuk membuat perubahan yang terkait dengan baru-baru ini undang-undang kesehatan. Laporan ini terdiri dari dua bagian. Bagian pertama memberikan gambaran singkat tentang tren historis di tingkat cakupan yang disediakan majikan oleh sumber cakupan serta alasan untuk non partisipasi dalam asuransi kesehatan 1997-2010. Bagian kedua berfokus pada data yang dikumpulkan pada 2010 dan menjelaskan menawarkan asuransi kesehatan dan tarif mengambil oleh karyawan dan majikan karakteristik. Sebagai tambahan laporan menjelaskan status asuransi pekerja yang tidak berpartisipasi dalam rencana pemberi kerja (majikan)

dan alasan untuk tidak berpartisipasi. Data untuk setiap laporan ini berasal dari beberapa tahun lalu. Estimasi saat ini berasal dari gelombang keenam panil SIPP 2008, dimulai antara Mei dan Agustus 2010, serta histori dan gaungan data dari tahun 1996, 2001, dan 2004 sesuai hasil wawancara. Populasi mewakili penduduk sipil yang tinggal di Amerika serikat. Laporan ini memanfaatkan pertanyaan yang dikumpulkan di bagian inti SIPP dan beberapa pertanyaan tambahan pada manfaat dasar asuransi kesehatan. Hasil dari laporan tersebut adalah didapatkan beberapa data yang dijabarkan dalam angka mengenai Ekonomi dan Demografi. Variabel dari laporan tersebut antara lain jenis kelamin, ras, dan etnis, usia, pendapatan keluarga dan status asuransi. Ras dan etnis didefinisikan dalam beberapa kategori warna kulit. Sedangkan status asuransi kesehatan dalam kategori (1) Basis kerja (atau antara berdasarkan serikat) cakupan asuransi kesehatan (2) iuran militer atau pekerjaan sejenis (3) cakupan publik, dan tidak ada bekerja/mempekerjakan dan terkait militer (4) tidak ada cakupan asuransi kesehatan.

5. Penelitian dari Haspilu Litawati, 2016 Fakultas Ilmu Administrasi yang berjudul "*Strategi Perencanaan Jaminan Kesehatan Semesta Kabupaten Banyuwangi (Studi Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi dan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Banyuwangi)*". Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis peluang dan tantangan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan yang saat ini dilaksanakan di Kabupaten Banyuwangi dengan cara mendiskripsikan dan memahami kondisi jaminan kesehatan yang saat ini dilaksanakan. Setelah mengetahui kondisi saat ini dilaksanakan.

Setelah mengetahui kondisi saat ini beserta peluang dan tantangan dalam pelaksanaannya, kemudian disusun suatu skenario beserta strategi agar dapat tercapai jaminan kesehatan semesta di Kabupaten Banyuwangi sesuai target nasional pada tahun 2019. Metode penelitian menggunakan deskriptif kualitatif dengan menggunakan metode TAIDA sebagai alat bantu penyusunan skenario dan strategi untuk menghadapi tiap skenario yang mungkin terjadi. Berdasarkan analisis tersebut, didapatkan aspek pengubah yang paling berpengaruh dan tidak pasti berasal dari kategori politik (*politic*) dan kemasyarakatan (*societal*). Didapatkan empat skenario, yaitu skenario A, skenario B, skenario C, dan skenario D. agar tercapai tujuan jaminan kesehatan semesta pada tahun 2019, diperlukan penerapan strategi yang tepat sesuai kondisi yang mungkin terjadi berdasarkan penggambaran skenario yang telah disusun.

6. Penelitian dari Gustian Putradi AD, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik tahun 2015 Universitas Diponegoro Semarang dengan judul "*Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kota Pekanbaru Tahun Anggaran 2014 – 2015*". Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Program di Pekanbaru periode 2014 – 2015. Selain itu, penelitian ini akan menjelaskan dampak dari aspek pelaksanaan, konsekuensi dan efektivitas dari Kesehatan Nasional (JKN) Program Jaminan di Pekanbaru. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif. Sumber utama penelitian ini diambil dari beberapa kuesioner kepada respon den tertentu dan data sekunder yang diambil dari arsip

dan dokumen yang berhubungan dengan penelitian. Analisis teknis adalah menggunakan analisis statistic deskriptif dengan menyajikan data-data yang telah dikumpulkan kedalam tabel, grafik dan diagram. Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa proses pelaksanaan program JKN di Pekanbaru dilakukan dengan sangat baik umumnya, yang menjadi catatan kecil adalah perlu sedikit perbaikan dalam hal pembayaran iuran per bulan oleh peserta JKN, karena hasil penelitian tersebut disebutkan bahwa peserta JKN masih kurang disiplin dalam membayar iuran per bulan. Dalam program aspek konsekuensi, rumah sakit telah membantu pemerintah untuk melakukan Program JKN dan membuatnya sukses di Pekanbaru. Dalam aspek program dampak efektivitas, rata-rata peserta JKN telah puas dan merasa terbantu oleh program JKN dari pemerintah. Meningkatkan pelayanan pada masyarakat adalah saran yang bisa diberikan kepada BPJS Kesehatan Pekanbaru sebagai penyelenggara Program JKN di Pekanbaru sehingga program JKN bisa berjalan lebih baik. Rumah sakit yang menjadi mitra BPJS Kesehatan harus melakukan pelayanan.

Tabel 2.1 Perbandingan Penelitian Terdahulu

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian/ Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
1.	Putri Tanjung Sari Kusuma, 2016	Strategi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Studi pada BPJS Kesehatan Kantor Layanan Operasional Kabupaten Sidoarjo)	Kantor Layanan Operasional BPJS Kesehatan Sidoarjo / Kualitatif Deskriptif	1. Strategi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam melaksanakan Program jaminan Kesehatan Nasional yang terdiri dari (a) Strategi sosialisasi yang telah berjalan (b) Strategi kerjasama dengan fasilitas kesehatan (c) strategi pengelolaan sumber daya BPJS Kesehatan yang profesional. 2. Faktor Pendukung terletak pada kemampuan pegawai dalam manajemen segala kegiatan BPJS Kesehatan	1. Persamaan: Peneliti sama-sama menjelaskan tentang program jaminan Kesehatan Nasional 2. Perbedaan: Peneliti yang akan dilaksanakan adalah menjelaskan tentang evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Surabaya dengan fokus pada perlindungan tenaga kerja.

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian/ Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
				3. Faktor Penghambat strategi jelas terlihat pada kurangnya fasilitas pelayanan kepesertaan di Kantor Layanan Operasional BPJS Kesehatan Kabupaten Sidoarjo	
2.	Indra Rahmanda, 2015	Implementasi Pasal 16 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Terkait dengan Manfaat dan Informasi Jaminan Kesehatan Terhadap Pekerja (Studi BPJS Kesehatan Kota Malang)	BPJS Kesehatan Kota Malang / Kualitatif	1. Implementasi pasal 16 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan sosial masih jauh dari tujuan sebagaimana yang diharapkan dalam pasal 3-nya yaitu pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi peserta jaminan sosial khususnya dalam hal kesehatan. 2. Informasi diberikan kepada peserta BPJS	1. Persamaan : dasar yang digunakan oleh peneliti sebelumnya dan yang akan dilakukan adalah sama yaitu Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 2. Perbedaan: Peneliti sebelumnya menjelaskan implementasi dari UU tersebut sedangkan yang akan dilaksanakan adalah

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian/ Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
				<p>Kesehatan hanya dalam bentuk informasi dengan media elektronik berupa situs BPJS Kesehatan.</p> <p>3. Hambatan yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan Kota Malang dalam implementasi pasal 16 UU Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN terdiri dari hambatan eksternal dan internal. Hambatan eksternal dilihat dari sisi pekerja dalam menggunakan jaminan pemeliharaan kesehatan dan secara internal adalah dari BPJS Kesehatan.</p> <p>4. Upaya yang dilakukan adalah mensosialisasikan pasal 16 UU tahun</p>	<p>evaluasi kebijakan dalam rentang waktu dari tahun 2014-2016.</p>

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian/ Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
3.	Hendry Aji Pratama, 2016	Analisis Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan	RS. Pemerintah Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta Pusat./kualitatif	40 tahun 2004 kepada pekerja melalui serikat kerja dan kepada pengurus serikat pekerjaannya	Perbedaan: Peneliti sebelumnya menganalisis program jaminan kesehatan nasional oleh BPJS Kesehatan dengan titik fokus penyelenggaraan pada Fasilitas kesehatan dengan pisau analisis implementasi dari Edward III, sedangkan peneliti yang akan dilaksanakan adalah evaluasi pelaksanaan dari program jaminan kesehatan nasional dengan salah satu fokus melihat efektifitas dan efisiensi dari program.

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian/ Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
4.	Hubbert Janicki, 2013,	<i>Employment -Based Health Insurance : 2010.</i>	United States	1. Laporan ini menggunakan data dari Survei Pendapatan dan Partisipasi Program (SIPP) untuk memeriksa karakter orang dengan yang disediakan majikan cakupan asuransi kesehatan serta karakteristik pengusaha bahwa menawarkan asuransi kesehatan. Ini dokumentasi distribusi arus kerja berbasis asuransi kesehatan cakupan seluruh karakteristik sosial	Perbedaan: Peneliti sebelumnya menggunakan metode kuantitatif untuk menjabarkan seberapa banyak masyarakat di Amerika Serikat yang berpartisipasi dalam wajib asuransi kesehatan negara. Baik itu untuk pekerja maupun kelompok tidak mampu yang disubsidi oleh pemerintah. Sedangkan penelitian yang akan dilakukan adalah evaluasi program jaminan kesehatan nasional yang

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian/ Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
				<p>ekonomi adalah diperlukan untuk membuat perubahan yang terkait dengan baru-baru ini undang-undang kesehatan.</p> <p>2. Laporan ini terdiri dari dua bagian. Bagian pertama memberikan gambaran singkat tentang tren historis di tingkat cakupan yang disediakan majikan oleh sumber cakupan serta alasan untuk tidak berpartisipasi dalam asuransi kesehatan 1997-2010. Bagian kedua berfokus pada data yang dikumpulkan pada 2010 dan menjelaskan menawarkan</p>	telah dilaksanakan mulai tahun 2014 sebagai suatu bentuk perlindungan tenaga kerja di kota Surabaya.

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian/ Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
				asuransi kesehatan dan tarif mengambil oleh karyawan dan karekteristik majikan.	
5.	Haspilu Litawati, 2016	Strategi Perencanaan Jaminan Kesehatan Semesta Kabupaten Banyuwangi (Studi Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi dan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Banyuwangi)	Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi dan Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Banyuwangi / Kualitatif deskriptif.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Didapatkan empat skenario dengan menggunakan metode TAIDA. 2. Berdasarkan analisis didapatkan asepek pengubah yang paling berpengaruh dan tidak berasal dari kategori politik dan kemasyarakatan (societal) 3. Agar tercapai tujuan jaminan kesehatan semesta pada tahun 2019, diperlukan penerapan strategi yang tepat sesuai kondisi yang mungkin terjadi 	Perbedaan : Haspilu meneliti tentang Jaminan kesehatan Semesta di Kabupaten Banyuwangi dengan Lokasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi dari penelitian tersebut dihasilkan skenario untuk mencapai tujuan dari JKN, sedangkan penelitian yang akan dilaksanakan adalah mengevaluasi program JKN

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian/ Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
				berdasarkan penggambaran a skenario yang telah disusun.	
6.	Gustian Putadi AD, 2015	Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kota Pekanbaru Tahun Anggaran 2014-2015	Kota Pekanbaru/ Deskriptif Kuantitatif	<p>1. Proses pelaksanaan program JKN di Pekanbaru dilakukan dengan sangat baik umumnya, hanya perlu sedikit perbaikan dalam hal pembayaran iuran per bukan oleh peserta JKN, karena kurangnya kedisiplinan peserta dalam membayar iuran BPJS Kesehatan.</p> <p>2. Dalam aspek program dampak efektivitas, rata-rata peserta JKN telah puas dan merasa terbantu oleh program JKN.</p>	<p>1. Persamaan : Kedua peneliti sama-sama meneliti tentang evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional</p> <p>2. Perbedaan: Selain perbedaan lokasi penelitian, penelitian yang akan dilakukan berfokus pada program jaminan kesehatan nasional yang telah dilaksanakan mulai tahun 2014 sebagai suatu bentuk perlindungan tenaga kerja di kota Surabaya.</p>

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Lokasi Penelitian/ Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
				3. Meningkatkan pelayanan kepada masyarakat adalah saran yang bisa diberikan kepada BPJS Kesehatan Kota Pekanbaru sebagai penyelenggara Program JKN sehingga program JKN bisa berjalan lebih baik.	

2.2 Kebijakan Publik

2.2.1 Pengertian Kebijakan Publik

Istilah publik sering dikaitkan dengan khalayak umum, maka dari itu kebijakan publik diartikan sebagai kebijakan yang dibuat untuk kepentingan masyarakat umum. Kebijakan tersebut diambil untuk dapat mengatasi permasalahan yang terjadi dalam masyarakat, singkatnya dapat menyelesaikan suatu masalah. Thomas R. Dye mengatakan bahwa banyak sekali masalah yang harus diatasi di tengah masyarakat, dan permasalahan terjadi karena untuk memenuhi keinginan rakyat oleh pemerintah. Oleh karena itu kebijakan publik adalah suatu keputusan yang dimaksudkan untuk tujuan mengatasi permasalahan yang muncul dalam suatu kegiatan tertentu yang dilakukakan oleh instansi pemerintah dalam rangka penyelenggaraan pemerintahan (Mustopadidjaja, 2002:h.9). Pada sudut pandang lain bahwa studi kebijakan publik mempelajari keputusan-keputusan pemerintah dalam rangka mengatasi suatu masalah menjadi perhatian publik. Beberapa permasalahan yang dihadapi oleh Pemerintah sebagian disebabkan oleh kegagalan birokrasi dalam memberikan pelayanan dan menyelesaikan persoalan publik. Kegagalan tersebut adalah *information failures, complex side effect, motivation failures rentseeking, second best theory, implementation failures* (Hakim, 2001, h.3).

Kebijakan publik juga sering dipertukarkan dengan istilah tujuan, program, keputusan, undang-undang dan rancangan-rancangan besar (Abdul Wahab, 1997, h.2). Berdasarkan stratifikasinya kebijakan publik dapat dilihat dari tiga tingkatan, yaitu kebijakan umum (strategi), kebijakan manajerial, dan kebijakan teknis operasional. Selain itu, dari sudut

manajemen, proses kerja dari kebijakan publik dapat dipandang sebagai serangkaian kegiatan meliputi (a) pembuatan kebijakan, (b) pelaksanaan dan pengendalian, serta (c) evaluasi kebijakan.

Carl J. Frederich mengatakan bahwa "*Public policy is purposed course of action of a person, group or government within a given environment providing obstacles and opportunities which the policy was purposed to utilize and overcome in an effort to reach a goal or realize an objective or a purpose*".

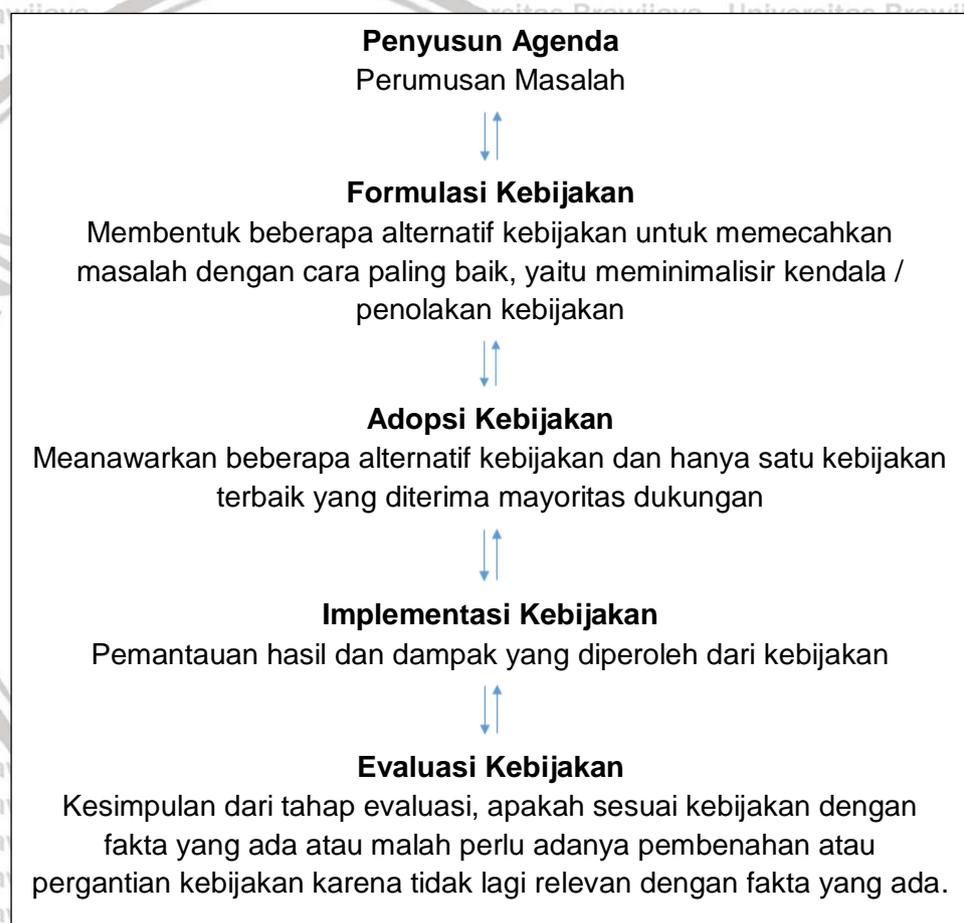
Definisi yang diungkapkan oleh Carl J. Frederich bahwa *public policy* adalah suatu arah kegiatan yang bertujuan (*purposive course of action*) yang dilaksanakan oleh implementor untuk mengatasi suatu masalah. Kebijakan merupakan cara untuk mencapai tujuan. Dari berbagai definisi tersebut intinya adalah dalam suatu rumusan mengandung beberapa elemen yaitu (1) adanya serangkaian tindakan; (2) dilakukan oleh seseorang atau sekelompok; (3) adanya pemecahan masalah dan (4) adanya tujuan tertentu. Bila keempat elemen tersebut dijadikan satu maka kebijakan dapat diartikan sebagai serangkaian tindakan yang berisi keputusan – keputusan yang diikuti dan dilakukan oleh seseorang dan atau kelompok guna memecahkan suatu masalah untuk mencapai suatu tujuan.

Secara umum istilah tersebut dapat digunakan oleh segala bidang dan bersifat umum, namun pada kenyataannya lebih sering dan secara luas digunakan untuk kegiatan ataupun tindakan pemerintah, sehingga lebih dikenal sebagai sebutan kebijakan Negara atau kebijakan publik.

2.2.2 Tahap-tahap Kebijakan Publik

Dunn (2003, h.24) mengatakan bahwa proses pembuatan kebijakan publik merupakan suatu konsep yang kompleks karena melibatkan banyak alur proses. Tahap penilaian kebijakan seperti yang tercantum dalam bagan ini, bukan termasuk proses akhir dari kebijakan publik karena masih ada tahap perubahan kebijakan dan terminasi atau penghentian kebijakan.

Gambar 2.1 Proses Kebijakan Publik



2003, h.25

Berdasarkan proses kebijakan publik tersebut dapat diketahui dalam kebijakan publik terdapat lima tingkatan yang meliputi (1) penyusunan agenda, (2) formulasi kebijakan, (3) adopsi kebijakan, (4) implementasi

kebijakan, (5) evaluasi kebijakan. Selain itu William Dunn menjelaskan tahap-tahap kebijakan publik sebagai berikut:

1. Peyusunan Agenda

Agenda adalah sebuah fase dan proses yang sangat strategis dalam realitas kebijakan publik. Dalam proses inilah memiliki ruang untuk memaknai apa yang disebut sebagai masalah publik dan prioritas dalam agenda publik dipertarungkan. Jika sebuah isu berhasil mendapatkan status sebagai masalah publik, dan mendapatkan prioritas dalam agenda publik, maka isu tersebut berhak mendapatkan prioritas dalam agenda publik, maka isu tersebut berhak mendapatkan alokasi sumber daya publik yang lebih daripada isu lain.

Dalam agenda setting juga sangat penting untuk menentukan suatu isu publik yang akan diangkat dalam suatu agenda pemerintah. Issue kebijakan (*policy issues*) sering disebut juga masalah kebijakan (*policy problem*). *Policy issues* biasanya muncul karena telah terjadi silang pendapat di antara para aktor mengenai arah tindakan yang telah atau akan di tempuh, atau pertentangan pandangan mengenai karakter permasalahan tersebut. Menurut William Dunn (1990, h.12), isu kebijakan merupakan produk atau fungsi dari adanya perdebatan baik tentang rumusan, rincian, penjelasan maupun penilaian atas suatu masalah tertentu. Namun tidak semua isu bisa menjadi suatu agenda kebijakan.

Ada beberapa kriteria isu yang bisa dijadikan agenda kebijakan publik, (Dunn, 2003:h.14) diantaranya :

1. Telah mencapai titik kritis tertentu jika diabaikan, akan menjadi ancaman yang serius;
2. Telah mencapai tingkat partikularitas tertentu berdampak dramatis;
3. Menyangkut emosi tertentu dari sudut kepentingan orang banyak (umat manusia) dan mendapat dukungan media massa;
4. Menjangkau dampak yang amat luas;
5. Mempermasalahkan kekuasaan dan keabsahan dalam masyarakat;
6. Menyangkut suatu persoalan yang fasionable (sulit dijelaskan, tetapi mudah dirasakan kehadirannya).

Karakteristik: para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Banyak masalah tidak disentuh sama sekali, sementara lainnya ditunda untuk waktu lama.

Penyusunan agenda kebijakan seyogyanya dilakukan berdasarkan tingkat urgensi dan esensi kebijakan, juga keterlibatan stakeholder. Sebuah kebijakan tidak boleh mengaburkan tingkat urgensi, esensi, dan keterlibatan stakeholder. (Dunn, 2003:h.14)

2. Formulasi Kebijakan

Masalah yang sudah masuk dalam agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah yang terbaik.

Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan yang ada. Sama halnya dengan perjuangan suatu masalah untuk masuk dalam agenda kebijakan, dalam tahap perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat

dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah
(Dunn, 1990, h.14)

3. Adopsi/Legitimasi Kebijakan

Tujuan legitimasi kebijakan adalah untuk memberikan orientasi pada proses dasar pemerintahan. Jika tindakan legitimasi dalam suatu masyarakat diatur oleh kedaulatan rakyat, warga negara akan mengikuti arahan pemerintah. Namun warga negara harus percaya bahwa tindakan pemerintah yang sah harus didukung. Dukungan untuk rezim cenderung berdifusi – cadangan dari sikap baik dan niat baik terhadap tindakan pemerintah yang membantu anggota mentolerir pemerintahan disonasi. Legitimasi dapat dikelola melalui manipulasi simbol-simbol tertentu. Dimana melalui proses ini orang belajar untuk mendukung pemerintah. (Dunn, 2003, h.16)

4. Penilaian/Evaluasi Kebijakan

Secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak. Dalam hal ini, evaluasi dipandang sebagai suatu kegiatan fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh proses kebijakan. Dengan demikian, evaluasi kebijakan bisa meliputi tahap untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi, maupun tahap dampak kebijakan.
(Dunn, 2003:h.14)

Dari tahap-tahap kebijakan publik tersebut penelitian yang akan dilakukan adalah menggunakan konsep pada proses evaluasi kebijakan

program yang telah berjalan kurang lebih 3 tahun yaitu dari tahun 2014 sampai dengan 2016. Hal ini berdasarkan kesimpulan dari tahap evaluasi, apakah kebijakan tersebut sesuai dengan fakta atau ada pembenahan atau penggantian kebijakan yang dirasa tidak lagi relevan dengan kebutuhan yang ada. Sehingga tujuan dari kebijakan program akan pemerataan pelayanan kesehatan dapat terpenuhi tanpa ada pihak yang merasa dirugikan.

2.3 Evaluasi Kebijakan Publik

2.3.1 Konsep Evaluasi Kebijakan

Evaluasi biasanya ditujukan untuk menilai sejauhmana keefektifan kebijakan publik guna dipertanggungjawabkan kepada konstituennya. Sejauh mana tujuan dicapai serta untuk melihat sejauhmana kesenjangan antara ekspektasi dengan realita. Anderson dalam Winarno (2008:h.166) secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak pelaksanaan kebijakan tersebut.

Menurut Lester dan Stewart (Winarno, 2008:h.166) evaluasi kebijakan dapat dibedakan kedalam dua tugas yang berbeda, pertama adalah untuk menentukan konsekuensi-konsekuensi yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarkan dampaknya. Kedua, adalah untuk menilai keberhasilan atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan standar atau kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi kebijakan merupakan persoalan fakta yang berupa pengukuran serta penilaian baik terhadap tahap implementasi kebijakan maupun hasil (*outcome*) atau dampak (*impact*) dari bekerjanya suatu kebijakan atau program tertentu,

sehingga menentukan langkah yang dapat diambil dimasa yang akan datang.

Evaluasi kebijakan mempunyai sejumlah karakteristik yang membedakannya dari metode-metode analisis kebijakan lainnya. Menurut Dun (2003, h. 608-609) evaluasi mempunyai sejumlah karakteristik yang membedakannya dari metode-metode analisis kebijakan lainnya:

1. Fokus Nilai. Evaluasi dipusatkan pada penilaian menyangkut keperluan atau nilai dari suatu kebijakan dan program. Evaluasi terutama merupakan usaha untuk menentukan manfaat atau kegunaan sosial kebijakan atau program, dan bukan sekedar usaha mengumpulkan informasi mengenai hasil akses kebijakan yang terantisipasi dan tidak terantisipasi. Karena ketepatan tujuan dan sasaran kebijakan dapat selalu dipertanyakan, evaluasi mencakup prosedur untuk mengevaluasi tujuan-tujuan dan sasaran itu sendiri.
2. Interdependensi Fakta-Nilai. Tuntutan evaluasi tergantung baik "fakta" maupun "nilai". Untuk menyatakan bahwa kebijakan atau program tertentu telah mencapai tingkat kinerja yang tertinggi (atau rendah) diperlukan tidak hanya bahwa hasil-hasil kebijakan berharga bagi sejumlah individu, kelompok atau seluruh masyarakat; untuk menyatakan demikian, harus didukung oleh bukti bahwa hasil-hasil kebijakan secara aktual merupakan konsekuensi dari aksi-aksi yang dilakukan untuk memecahkan masalah tertentu. Oleh karena itu, pemantauan merupakan prasyarat bagi evaluasi.
3. Orientasi masa kini dan masa lampau. Tuntutan evaluative, berbeda dengan tuntutan advokatif, diarahkan pada hasil sekarang dan masa lalu,

dari pada hasil di masa depan. Evaluasi bersifat retrospektif dan setelah aksi-aksi dilakukan (*ex post*). Rekomendasi yang juga mencakup premis-premis nilai bersifat prospektif dan dibuat sebelum aksi-aksi dilakukan (*ex ante*).

4. Dualitas nilai. Nilai-nilai yang mendasari tuntutan evaluasi mempunyai kualitas ganda, karena mereka dipandang sebagai tujuan dan sekaligus cara. Evaluasi sama dengan rekomendasi sejauh berkenaan dengan nilai-nilai yang ada (misalnya, kesehatan) dapat dianggap sebagai intristik (diperlukan bagi dirinya) ataupun ekstrinstik (diperlukan karena hal itu mempengaruhi pencapaian tujuan-tujuan lain). Nilai-nilai sering ditata di dalam suatu hirarki yang merefleksikan kepentingan relatif dan saling ketergantungan antara tujuan dan sasaran.

Evaluasi memainkan sejumlah fungsi utama dalam analisis kebijakan.

Evaluasi merupakan tahapan penting dalam pelaksanaan suatu program.

Manfaat positif akan diperoleh apabila evaluasi dijalankan dengan benar dan memperhatikan segenap aspek yang ada dalam suatu program.

Dunn (2003:h.609-611) mempunyai sejumlah fungsi utama dalam analisis kebijakan, yakni :

1. Evaluasi memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dicapai melalui tindakan publik.
2. Evaluasi memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target. Nilai diperjelas dengan mendefinisikan dan mengoperasikan tujuan dan dan target. Nilai juga dikritik dengan menanyakan secara sistematis kepantasan tujuan dan

target dalam hubungan dengan masalah yang dituju. Dalam menanyakan kepastian tujuan dan sasaran, analis dapat menguji alternative sumber nilai (misalnya, kelompok kepentingan dan pegawai BPJS, kelompok-kelompok klien) maupun landasan mereka dalam berbagai bentuk rasionalitas (teknis, ekonomi, legal, sosial, substantif).

3. Evaluasi memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya termasuk perumusan masalah dan rekomendasi.

Infomasi tentang tidak memadainya kinerja kebijakan dapat memberi sumbangan pada perumusan ulang masalah kebijakan. Evaluasi dapat pula menyumbang pada definisi alternative kebijakan yang baru atau revisi kebijakan dengan menunjukkan alternatif kebijakan yang diunggulkan sebelumnya perlu dihapus dan diganti dengan yang lain.

Selain hal tersebut, mengikuti Samodra Wibawa (1994:h.10 -11),

evaluasi kebijakan publik memiliki 4 (empat) fungsi, yaitu :

1. Eksplanasi. Melalui evaluasi dapat dipotret realitas pelaksanaan program dan dapat dibuat suatu generalisasi tentang pola-pola hubungan antar berbagai dimensi realitas yang diamati. Evaluasi ini evaluator dapat mengidentifikasi masalah, kondisi, dan aktor yang mendukung keberhasilan atau kegagalan kebijakan
2. Kepatuhan, melalui evaluasi dapat diketahui apakah tindakan yang dilakukan oleh para pelaku, baik birokrasi maupun pelaku lainnya, sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh kebijakan.
3. Audit, melalui evaluasi dapat diketahui, apakah output benar-benar sampai ke tangan kelompok sasaran kebijakan, atau justru ada kebocoran atau penyimpangan.

4. Akunting, evaluasi membantu dalam mengetahui apa akibat sosial-ekonomi dari kebijakan tersebut.

Dari 4 (empat) fungsi evaluasi kebijakan tersebut, penelitian yang akan mengacu pada fungsi eksplanasi, kepatuhan, audit dan akunting sesuai dengan Evaluasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai perlindungan tenaga kerja di Surabaya.

2.3.2 Kriteria Evaluasi Kebijakan

Dalam pelaksanaan evaluasi kebijakan digunakan kriteria-kriteria umum yang dimaksudkan untuk memberi arahan bagi evaluator. Kriteria-kriteria yang dirumuskan akan dapat dijadikan sebagai salah satu patokan dalam menentukan apakah suatu kebijakan berhasil atau gagal.

Beberapa tipe dasar dalam evaluasi adalah evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Selain kedua tipe tersebut ada juga tipe *prediktive evaluation* (Braden dalam Ogle, 2002: h.11). Evaluasi formatif dilakukan saat program masih berlangsung sedangkan evaluasi sumatif dilakukan saat program telah selesai dilaksanakan. Evaluasi formatif dilakukan jika tujuan utamanya adalah untuk menyediakan informasi untuk improvisasi program serta sering digunakan untuk menilai manfaat atau kegunaan suatu bagian tertentu dari program (Fitzpatrick dkk, 2004: h.16).

Selanjutnya Fitzpatrick dkk (2004, h.20) menguraikan perbedaan keduanya sebagaimana tabel berikut :

Tabel. Perbedaan antara evaluasi sumatif dan formatif

	Evaluasi Formatif	Evaluasi Sumatif
Tujuan	Untuk menentukan nilai atau kualitas.	Untuk menentukan nilai atau kualitas.
Kegunaan	Untuk improvisasi program	Untuk membuat keputusan masa

	Evaluasi Formatif	Evaluasi Sumatif
		depan program atau adopsi
<i>Audience</i>	Manager Program dan Staff	Administrator, pembuat kebijakan, dan atau konsumen potensial, lembaga pemberi dana
Oleh	Pada intinya evaluator internal yang didukung oleh evaluator eksternal	Umumnya evaluator eksternal didukung oleh internal evaluator pada kasus khusus
Karakteristik Umum	Menyediakan <i>feedback</i> sehingga pelaksana program bisa melakukan perbaikan atau improvisasi	Menyediakan informasi bagi para pembuat keputusan untuk memutuskan perlunya melanjutkan suatu program, atau perlu tidaknya konsumen mengadopsi suatu program.
Batasan Desain	Informasi apakah yang diperlukan? kapan?	Bukti apa yang diperlukan untuk mengambil keputusan?
Tujuan Pengumpulan Data	Diagnosa	Penilaian
Frekuensi Pengumpulan Data	Berkali-kali	Jarang
Ukuran Sampel	Seringkali kecil	Umumnya Besar
Pertanyaan yang digunakan	Apa yang bermanfaat? Apa yang perlu di improvisasi? Bagaimana cara melakukannya?	Apakah hasil yang terjadi? Dengan siapa? Dalam kondisi apa? Dengan pelatihan apa? Dengan biaya berapa?

Sumber : Fitzpatrick dkk (2004, h.20)

Evaluasi formatif dilakukan dengan tujuan untuk mengimprovisasi program, kontras dengan evaluasi sumatif yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat keputusan mendasar apakah program tersebut efektif atau tidak, dan apakah program harus dilanjutkan atau dihapus (Patton, 1984, h.

71). Selanjutnya tujuan evaluasi formatif adalah menilai sejauh mana sebuah program mencapai target populasi yang tepat, apakah penyampaian pelayanannya telah sesuai dan konsisten dengan spesifikasi program atau tidak, serta sumberdaya apa yang dikeluarkan dalam melaksanakan program tersebut (Rossi & Freeman dalam Parsons, h.550)

Sesuai dengan tujuannya maka penelitian evaluasi kebijakan program jaminan kesehatan nasional sebagai perlindungan kesehatan tenaga kerja merupakan evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan pada waktu pelaksanaan. Awal implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional untuk seluruh perusahaan adalah tahun 2014 seiring dengan transformasinya jaminan kesehatan dari Jamsostek ke BPJS Kesehatan dan pada sampai saat ini program kebijakan tersebut masih berjalan.

2.3.3 Tipe-tipe Evaluasi Kebijakan

Selain dibedakan dalam tugas, evaluasi kebijakan terbagi dalam beberapa tipe, masing-masing tipe evaluasi yang diperkenalkan didasarkan pada pemahaman para evaluator terhadap evaluasi. James Anderson dalam Winarno (2008:h.229) membagi tipe evaluasi kebijakan tersebut dalam tiga tipe, sebagai berikut :

a. Tipe pertama

Evaluasi kebijakan dipahami sebagai kegiatan fungsional, bila evaluasi kebijakan dipahami sebagai kegiatan fungsional, evaluasi kebijakan dipandang sebagai kegiatan yang sama pentingnya dengan kebijakan itu sendiri.

b. Tipe kedua

Merupakan tipe evaluasi yang memfokuskan diri pada bekerjanya kebijakan atau program-program tertentu. Tipe evaluasi ini lebih membicarakan sesuatu mengenai kejujuran atau efisiensi dalam melaksanakan program.

c. Tipe ketiga

Tipe evaluasi kebijakan sistematis, tipe kebijakan ini melihat secara objektif program-program kebijakan yang dijalankan untuk mengukur

dampaknya bagi masyarakat dan melihat sejauh mana tujuan-tujuan yang telah dinyatakan tersebut tercapai.

Berdasarkan ketiga tipe tersebut yang paling sesuai dalam penelitian ini adalah tipe yang ketiga, yakni tipe evaluasi kebijakan sistematis, dimana peneliti ingin melihat sejauh mana pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai perlindungan tenaga kerja, dengan mencari tahu apakah kebijakan yang telah dijalankan telah mencapai tujuan yang ditetapkan.

Menurut Edi Suharto (2012, h.61) tujuan kebijakan publik sosial, dalam konteks pembangunan sosial, kebijakan sosial merupakan suatu perangkat, mekanisme, dan sistem yang dapat mengarahkan dan menterjemahkan tujuan-tujuan pembangunan. Kebijakan sosial senantiasa berorientasi kepada pencapaian tujuan sosial. Tujuan sosial ini mengandung dua pengertian yang saling terkait, yakni memecahkan masalah sosial dan memenuhi kebutuhan sosial.

Menurut Edi Suharto (2012, h.86), model-model yang umumnya digunakan dalam analisis kebijakan publik adalah:

- a. Model Prospektif adalah bentuk kebijakan yang mengarahkan kajiannya pada konsekuensi-konsekuensi kebijakan sebelum suatu kebijakan diterapkan. Model ini dapat disebut sebagai model prediktif.
- b. Model Restrospektif adalah analisis kebijakan yang dilakukan terhadap akibat-akibat kebijakan setelah kebijakan diimplementasikan. Model ini biasa disebut model evaluatif, karena banyak melibatkan pendekatan evaluasi terhadap dampak-dampak kebijakan yang sedang atau telah diterapkan.

c. Model Integratif adalah model perpaduan antara kedua model diatas.

Model ini kerap disebut sebagai model komprehensif atau model holistik, karena analisis dilakukan terhadap konsekuensi-konsekuensi kebijakan yang timbul, baik sebelum maupun sesudah suatu kebijakan dilaksanakan.

Berdasarkan beberapa model analisis evaluasi kebijakan publik yang akan digunakan untuk penelitian Evaluasi Kebijakan Program JKN adalah model Restropektif, yakni analisis kebijakan yang dilakukan terhadap akibat-akibat kebijakan setelah kebijakan diimplementasikan. Model restropektif dirasa paling sesuai karena biasa disebut model evaluatif. Model restropektif banyak melibatkan pendekatan evaluasi terhadap dampak-dampak kebijakan yang sedang atau telah diterapkan. Hal tersebut karena Jaminan Kesehatan Nasional yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan sedang dan masih berlangsung pada saat ini.

2.3.4 Dimensi Evaluasi Kebijakan

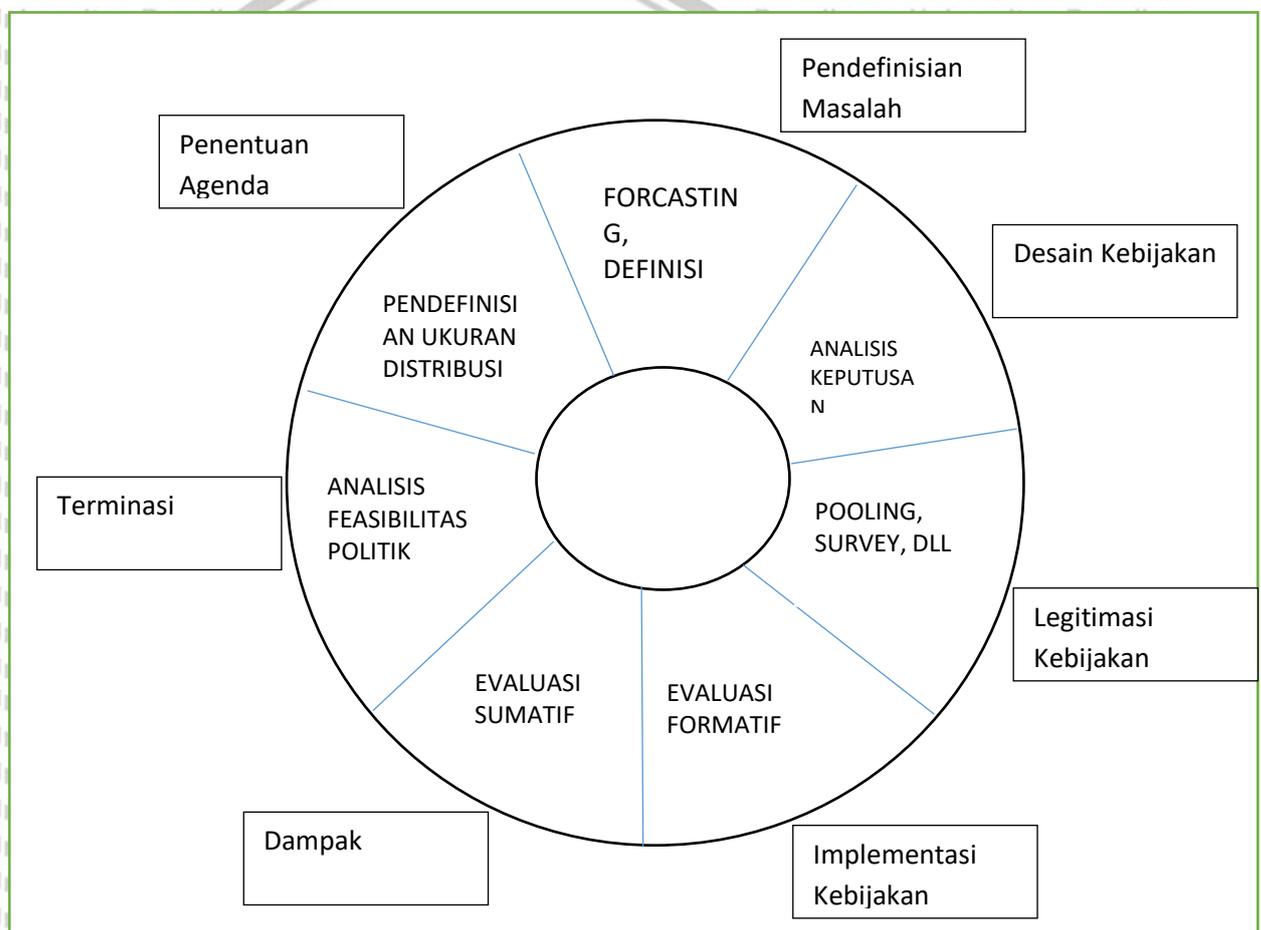
Secara garis besar ada dua dimensi yang harus diperoleh informasinya dari studi evaluasi dalam kebijakan publik, dimensi tersebut adalah

a. Evaluasi kinerja pencapaian tujuan kebijakan, yakni mengevaluasi kinerja orang-orang yang bertanggungjawab mengimplementasikan kebijakan. Darinya akan diperoleh jawaban atau mengenai kinerja implementasi, efektifitas dan efisiensi yang terkait.

b. Evaluasi kebijakan dan dampaknya, yakni mengevaluasi kebijakan itu sendiri serta kandungan programnya. Dari tersebut akan diperoleh informasi mengenai manfaat (efek) kebijakan, dampak (outcome)

kebijakan, kesesuaian kebijakan / program dengan tujuan yang ingin dicapainya (kesesuaian antara sarana dan tujuan).

Palumbo mengatakan bahwa kajian studi evaluasi mencakup keseluruhan siklus di dalam proses kebijakan, dari saat penyusunan desain kebijakan, saat implementasi, hingga saat selesai implementasi. Jika dikaitkan dengan kebutuhan informasi yang diperoleh dari hasil evaluasi, maka dimensi evaluasi kebijakan meliputi hal-hal berikut :



Sumber : Wayne Parsons (2001, h. 549) yang diadaptasi dari Palumbo

Gambar 4.2 Dimensi Evaluasi dalam Siklus Kebijakan

Dari gambar tersebut dapat disimpulkan bahwa kajian dalam studi evaluasi kebijakan meliputi dimensi-dimensi :

1. Evaluasi Proses pembuatan kebijakan atau sebelum kebijakan dilaksanakan. Pada tahap ini menurut palumbi diperlukan dua kali evaluasi, yakni
 - a. Evaluasi desain kebijakan, untuk menilai apakah alternative-alternatif yang dipilih sudah merupakan alternatif yang paling hemat dengan mengukur hubungan antara biaya dengan manfaat (*cost-benefit analysis*), yang bersifat terukur.
 - b. Evaluasi Legitimasi kebijakan, untuk menilai derajat penerimaan suatu kebijakan atau program oleh masyarakat/stakeholder/kelompok sasaran yang dituju oleh kebijakan tersebut. metode evaluasi diperoleh melalui jajak pendapat (*pooling*), survey, dan lain-lain.
2. Evaluasi Formatif yang dilakukan pada saat proses implementasi kebijakan sedang berlangsung. Tujuan evaluasi formatif ini utamanya adalah untuk mengetahui seberapa jauh sebuah program diimplementasikan dan kondisi-kondisi apa yang dapat diupayakan untuk meningkatkan keberhasilannya. Dalam istilah manajemen, evaluasi formatif adalah monitoring terhadap pengaplikasian kebijakan.
3. Evaluasi sumatif yang dilakukan pada saat kebijakan telah selesai diimplementasikan dan memberikan dampak. Tujuan evaluasi susmatif ini adalah untuk mengukur bagaimana efektifitas kebijakan/program tersebut memberi dampak yang nyata pada masalah yang sedang ditangani.

Sesuai dengan program BPJS Kesehatan yang masih berjalan sampai dengan sekarang, maka evaluasi yang dapat dilakukan adalah evaluasi formatif. Tujuan dari evaluasi formatif untuk melihat sejauh mana program mencapai target populasi yang tepat. Kemudian, apakah penyampaian pelayanannya telah sesuai dan konsisten dengan spesifikasi program atau tidak dan sumberdaya apa yang dikeluarkan dalam melaksanakan program tersebut (Rossi & Freeman dalam Parsons, h.550).

Evaluasi formatif memiliki tiga jenis menurut tujuannya, yaitu :

- a. Evaluasi administratif: biasanya evaluasi administrative dilakukan dalam lingkup pemerintahan yang dikaitkan dengan aspek-aspek ketaatan financial dan prosedur.
- b. Evaluasi Yudisial: evaluasi yang berkaitan dengan obyek-obyek hukum
- c. Evaluasi politik: Evaluasi yang dilakukan oleh lembaga-lembaga politik.

Penelitian ini termasuk evaluasi formatif dengan jenis evaluasi administratif, karena sesuai dengan program JKN, pelaksana program tersebut adalah BPJS Kesehatan, yang merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (UU Nomor 24 Tahun 2011 ayat 1)

2.4 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.4.1. Konsep Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional adalah sebuah konsep yang dapat diartikan sebagai program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan

yang diselenggarakan nasional secara bergotong-royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayari oleh Pemerintah kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan nirlaba-BPJS (UU Nomor 40 Tahun 2004). Jaminan ini disebut JKN karena semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk tenaga kerja, maupun orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan membayar iuran sesuai dengan ketentuan.

Di dalam Naskah Akademik UU SJSN Tahun 2004 disebutkan bahwa program Jaminan Kesehatan Nasional, disingkat program JKN adalah suatu program pemerintah dan masyarakat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera.

Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) tidak menetapkan definisi atau pengertian JKN dalam salah satu ayat atau pasalnya. Dua peraturan Pelaksanaan UU SJSN, yaitu Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan menetapkan bahwa yang dimaksud dengan Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar 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.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan pola pembiayaan pra upaya, artinya pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan sebelum atau tidak

dalam kondisi sakit. Pola pembiayaan pra-upaya menganut hukum jumlah besar dan perangkuman risiko. Supaya risiko dapat disebarakan secara luas dan direduksi secara efektif, maka pola pembiayaan ini membutuhkan jumlah besar peserta. Oleh karena itu, pada pelaksanaannya, JKN mewajibkan seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta agar hukum jumlah besar tersebut dapat dipenuhi. Perangkuman risiko terjadi ketika sejumlah individu yang berisiko sepakat untuk menghimpun risiko kerugian dengan tujuan mengurangi beban (termasuk biaya kerugian/klaim) yang harus ditanggung masing-masing individu.

Jaminan Kesehatan Nasional dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan UU SJSN. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Manfaat yang dijamin oleh Program JKN berupa pelayanan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis. Pemberian manfaat tersebut dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (*Managed Care*).

2.4.2. Dasar Hukum

Program JKN hadir dalam pelayanan kesehatan karena perintah perundang-undangan. Peraturan perundangan mengatur dengan rinci tujuan, prinsip, para pelaku dan tatakelola JKN dalam satu kesatuan sistem

penyelenggaraan program jaminan sosial, yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional. Penetapan hal-hal tersebut melalui proses penetapan kebijakan publik.

Hal ini berbeda dengan penyelenggaraan program jaminan/asuransi kesehatan privat/komersial. Asuransi kesehatan komersial berlangsung berdasarkan kesepakatan jual beli antara perusahaan asuransi dengan pembeli produk asuransi. Peraturan perundang-undangan hanya mengatur hal-hal yang berkaitan dengan perijinan usaha dan perasuransian dan tata cara perjanjian jual-beli. Manfaat, besar iuran, dan tata cara pengelolaan diatur oleh masing-masing perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi dan peserta menegosiasikan hal-hal tersebut dan melaksanakannya sesuai dengan perjanjian dan kesepakatan yang tercantum dalam polis asuransi.

Mencermati karakteristik JKN tersebut di atas, seluruh pemangku kepentingan JKN perlu memahami dasar hukum JKN, peraturan perundang-undangan yang terkait JKN, kebijakan pemerintah, serta rujukan internasional. Pemerintah telah mengundang 22 (dua puluh dua) Peraturan Perundang-undangan yang menjadi dasar dalam penyelenggaraan JKN dan tata kelola BPJS Kesehatan. Dasar hukum penyelenggaraan program JKN dan tata kelola BPJS kesehatan diatur dalam 1 (dua) pasal UUD 1945, 2 (dua) buah UU, 6 (enam) peraturan Pemerintah, 5 (lima) Peraturan Presiden dan 1 (satu) Peraturan BPJS Kesehatan. Peraturan tersebut sebagai berikut :

1. Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H dan Pasal 34 UUD 1945 adalah dasar hukum tertinggi yang menjamin hak konstitusional warga negara atas pelayanan Kesehatan dan mewajibkan pemerintah untuk

membangun sistem dan tata kelola penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dengan penyelenggaraan program jaminan sosial.

2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. UU SJSN menetapkan program JKN sebagai salah satu program Jaminan Sosial Nasional. Dalam UU SJSN tersebut diatur asas, tujuan, prinsip, organisasi, dan tata cara penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional. UU SJSN menetapkan asuransi sosial dan ekuitas sebagai prinsip penyelenggaraan JKN. Kedua prinsip dilaksanakan dengan menetapkan kepesertaan wajib dan penahapan implementasinya, iuran sesuai dengan besaran pendapatan, manfaat JKN sesuai dengan kebutuhan medis serta Tata Kelola Dana Amanah peserta oleh badan Penyelenggara nirlaba dengan mengedepankan kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektifitas. UU SJSN menetapkan dasar hukum bagi transformasi PT. Askes (Persero) dan ketiga persero lainnya menjadi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial. Selain itu terbentuknya dua organ yang bertanggungjawab dalam Penyelenggaraan program jaminan sosial nasional yaitu Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Disebutkan dalam UU SJSN ini bahwa program bantuan sosial terintegrasi dengan program jaminan sosial.

3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. UU BPJS menetapkan pembentukan BPJS Kesehatan untuk Penyelenggaraan program JKN dan BPJS Ketenagakerjaan yang merupakan transformasi dari PT Askes (persero) dan PT. Jamsostek.

Selain itu mengatur proses transformasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dari Badan Usaha Milik Negara (BUMN) ke badan hukum publik otonom nirlaba BPJS. Perubahan-perubahan kelembagaan mencakup perubahan dasar hukum, bentuk badan hukum, organ, tata kerja, lingkungan, tanggung jawab, hubungan kelembagaan, serta mekanisme pengawasan dan pertanggungjawaban. UU BPJS menetapkan bahwa BPJS berhubungan langsung dan bertanggungjawab kepada Presiden.

4. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PP BK IJK)

Peraturan Pemerintah Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PP PB IJK) adalah Peraturan pelaksanaan UU SJSN yang mengatur tata cara penelolaan subsidi iuran jaminan kesehatan bagi Penerima Bantuan Iuran.

5. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013.

Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang tata cara pengenaan sanksi administrative kepada pemberi kerja selain penyelenggara Negara dan setiap orang selain pemberi kerja, pekerja, dan penerima bantuan iuran dalam satu penyelenggaraan Jaminan Sosial adalah peraturan pelaksanaan UU Nomor 24 Tahun 2011 UU BPJS. PP Nomor 86 Tahun 2013 melaksanakan ketentuan UU BPJS pasal 17 ayat (5). Peraturan ini mengatur ruang lingkup sanksi administratif, tata cara pengenaannya kepada pemberi kerja dan perorangan, serta tata cara pengawasan dan pemeriksaan kepatuhan peserta dalam penyelenggaraan program jaminan sosial.

6. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Perpres JK).

Perpres ini adalah peraturan pelaksanaan dari UU SJSN dan UU BPJS yang mengatur peserta dan kepesertaan JKN, pendaftaran iuran dana, tata kelola iuran, manfaat JKN, koordinasi manfaat penyelenggaraan pelayanan, fasilitas kesehatan, kendali mutu dan kendai biaya, penanganan keluhan dan penanganan sengketa.

7. Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013.

Perpres Nomor 111 tahun 2013 adalah penyesuaian dan menyempurnakan dari Perpres Nomor 12 tahun 2013 tentang kebutuhan penyelenggaraan JKN.

8. Peraturan Presiden Nomor 107 Tahun 2013 tentang Pelayanan

Kesehatan Tertentu berkaitan dengan kegiatan operasional kementerian pertahanan, Tentara Nasional Indonesia dan Kepolisian Negara Republik Indonesia adalah peraturan pelaksanaan UU BPJS, Perpres Nomor 107 Tahun 2013 dan melaksanakan ketentuan pasal 57 dan ayat 60 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Perpres ini mengatur jenis pelayanan kesehatan Bagi Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia yang tidak didanai oleh JKN. Pelayanan kesehatan tersebut diselenggarakan di fasilitas kesehatan Milik Kementerian Pertahanan dan Kepolisian RI, serta didanai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Permenkes Standar Tarif Pelayanan Kesehatan) adalah peraturan pelaksanaan PerPres No. 12 Tahun 2013. Standar tariff yang diatur dalam peraturan ini mencakup tariff bagi fasilitas Kesehatan tingkat Pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Standar tarif memuat tarif INA-CBGs, tariff kapitasi, dan tariff non-kapitasi.
10. Peraturan Menteri Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Permenkes Pelayanan Kesehatan JKN) adalah peraturan pelaksanaan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013.
11. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Peraturan BPJS tersebut mengatur tata cara pendaftaran dan pemutahiran data peserta data peserta JKN, identitas peserta JKN, tata cara pengenaan sanksi administratif, tata cara pembayaran iuran, tata cara penggunaan hasil penilaian teknologi kesehatan, prosedur pelayanan kesehatan, prosedur pelayanan gawat darurat, tata cara penerapan sistem kendali mutu pelayanan JKN.
12. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 205 Tahun 2013 tentang mengatur tata cara penyediaan, pencairan, dan pertanggungjawaban dana iuran jaminan kesehatan penerima penghasilan dari pemerintah.

13. Peraturan Menteri Keunagan Nomor 206 tahun 2013 tentang mengatur tata cara penyediaan, pencairan, dan pertanggungjawaban dana iuran jaminan kesehatan penerima bantuan iuran.

14. Peraturan pelaksanaan UU SJSN dan UU BPJS yang mengatur tata kelola BPJS Kesehatan.

UU SJSN dan UU BPJS mendelegasikan berbagai ketentuan kelembagaan BPJS untuk diatur dalam Peraturan Pemerintah atau Peraturan Presiden. Peraturan tersebut adalah :

- (1) Peraturan Pemerintah Nomor 82 Tahun 2013 tentang modal awal BPJS Kesehatan.
- (2) Peraturan Pemerintah Nomor 85 Tahun 2013 Tentang Hubungan antar lembaga BPJS.
- (3) Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 Tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan.
- (4) Peraturan Pemerintah Nomor 88 Tahun 2013 Tentang Tata cara Pengenaan Sanksi administratif bagi anggota Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- (5) Peraturan Presiden Nomor 108 Tahun 2013 tentang Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial.
- (6) Peraturan Presiden Nomor 110 Tahun 2013 Tentang Gaji atau upah dan manfaat tambahan lainnya serta intensif bagi Anggota Dewan Pengawas dan Anggota direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Keenam peraturan tersebut diulas dalam buku "Paham BPJS"

2.4.3. Prinsip, Tujuan dan Mekanisme Penyelenggaraan

2.4.3.1. Prinsip JKN

JKN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial meliputi:

- (1) Kegotongroyongan antara peserta kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, serta yang beresiko tinggi dan rendah;
- (2) Kepesertaan bersifat wajib dan tidak selektif;
- (3) Iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan untuk pekerja yang menerima upah atau suatu jumlah nominal tertentu untuk pekerja yang tidak menerima upah;
- (4) Dikelola dengan prinsip nirlaba, artinya pengelolaan dana digunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta dan setiap surplus akan disimpan sebagai dana cadangan dan untuk peningkatan manfaat dan kualitas layanan.

Prinsip ekuitas, yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Prinsip ini diwujudkan dengan pembayaran iuran sebesar persentase tertentu dari upah bagi yang memiliki penghasilan dan pemerintah membayarkan iuran bagi mereka yang tidak mampu (UU SJSN

Pasal 17 Ayat 1 dan 4)

2.4.3.2. Tujuan JKN

Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan

2.4.3.3. Mekanisme JKN

Penyelenggaraan program JKN Mengintegrasikan fungsi pembiayaan pelayanan kesehatan dan fungsi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi pelayanan kesehatan bagi pelayanan kesehatan perorangan.

Fungsi pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan dalam Program JKN dilaksanakan oleh Peserta, BPJS Kesehatan dan Pemerintah. Fungsi pembiayaan mencakup pendaftaran dan pembayaran iuran, pengumpulan iuran, penggabungan seluruh iuran BPJS Kesehatan, dan pengelolaan dana yang terkumpul untuk pembelian dan pembayaran Fasilitas Kesehatan, pencadangan dana, serta pengembangan aset dan investasi.

BPJS Kesehatan secara aktif mengumpulkan iuran dari seluruh peserta (*collecting*), dan digabungkan (*pooling*) serta mengelolanya (*purchasing and investing*) secara efektif dan efisien untuk kepentingan perlindungan kesehatan peserta.

BPJS Kesehatan bertanggung jawab atas ketersediaan dana JKN, sehingga UU SJSN memberi kewenangan kepada BPJS Kesehatan untuk menegakkan kepatuhan peserta supaya pebayaran iuran dengan tepat jumlah dan tepat waktu. Dalam hal tersebut BPJS Kesehatan berwenang untuk:

- (1) Menagih pembayaran iuran;
- (2) Melakukan pengawasan dan pemeriksaan;
- (3) Mengenakan sanksi administratif kepada Pekerja atau pemberi kerja yang lalai;
- (4) Melaporkan pemberi kerja yang lalai kepada instansi yang berwenang.

Selanjutnya, BPJS Kesehatan mengelola seluruh pendapatan iuran yang terkumpul dari peserta dan pemerinyah serta sumber lainnya untuk membeli dan membayar pelayanan kesehatan bagi peserta JKN.

BPJS Kesehatan membeli pelayanan kesehatan secara aktif, tidak sekedar mengganti kuitansi belanja pengobatan peserta. Artinya, BPJS Kesehatan merencanakan kebutuhan belanja kesehatan seluruh peserta per tahun sesuai dengan asumsi resiko, menegosiasikan tarif pelayanan di suatu wilayah dengan asosiasi fasilitas kesehatan kesehatan, membayar fasilitas kesehatan sesuai dengan kinerja dan menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.

Peserta yang terdaftar dikenal dengan pembayaran model kapitasi. Sedangkan BPJS Kesehatan menawarkan untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, yaitu INA-CBGs. Kementerian kesehatan menerapkan besaran tertinggi kapitasi dan tariff INA-CBGs. Untuk kasus-kasus yang belum dibayar dengan kedua model pembayaran tersebut, BPJS Kesehatan diberi kewenangan untuk membayar Fasilitas Kesehatan dengan mekanisme lain.

Fungsi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN dilaksanakan oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, serta Pemerintah. Fungsi tersebut mencakup seleksi fasilitas kesehatan, penyediaan jaringan fasilitas kesehatan, pemberian pelayanan kesehatan secara terstandarisasi, terstruktur, berjenjang dan terintegrasi.

2.4.4. Kepesertaan

Kepesertaan menjadi bagian penting dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional. Kepesertaan tersebut bersifat wajib dan mengikat dengan membayar iuran berkala seumur hidup. Pelaksanaan

kepesertaan secara bertahap untuk dapat menjangkau seluruh penduduk Indonesia. Sesuai dengan UU SJSN bab V bahwa kepesertaan mengacu pada konsep penduduk dengan mewajibkan warga negara asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia untuk ikut serta. Kepesertaan ini adalah berkesinambungan sesuai dengan prinsip portabilitas dengan memberlakukan program di seluruh wilayah Indonesia dan menjamin keberlangsungan manfaat bagi peserta dan keluarganya hingga enam bulan pasca pemutusan hubungan kerja (PHK). Selanjutnya, pekerja yang tidak memiliki pekerjaan setelah enam bulan PHK atau mengalami cacat total dan tidak memiliki kemampuan ekonomi tetap menjadi peserta dan iurannya dibayar oleh Pemerintah. Kesenambungan kepesertaan bagi pensiunan atau ahli warisnya akan dapat dipenuhi dengan melanjutkan pembayaran iuran jaminan kesehatan oleh manfaat program jaminan pensiun (BPJS Ketenagakerjaan).

Pada peserta BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas peserta yang merupakan identitas tunggal yang berlaku untuk semua program jaminan sosial. Pemutakhiran data kepesertaan menjadi kewajiban peserta untuk melaporkan diri ke BPJS Kesehatan seseuai dengan wilayahnya.

Masa berlaku kepesertaan yaitu selama peserta membayar iuran. Apabila peserta tidak membayar atau meninggal dunia, maka kepesertaan tidak berlaku lagi. Jika terjadi penunggakan pada bulan yang harus dibayarkan. Maka pengaktifan kepesertaan dengan membayar iuran bulan berjalan sesuai disertai seluruh tunggakan iuran beserta seluruh denda.

Implementasi kepesertaan wajib JKN dimulai dari tahun 2014 yakni dengan pengalihan kepesertaan sesuai dengan transformasi PT Askes, dan

PT Jamsostek ke Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial hingga sesuai dengan target menuju cakupan semesta kesehatan yang sesuai estimasi januari 2019.

Tabel 2.3 Tahapan Kepesertaan Wajib JKN

Tenggat Awal	Tenggat Akhir	Sasaran
1 Januari 2014	1 Januari 2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. PBI Jaminan Kesehatan 2. Anggota TNI/ Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya; 3. Anggota Polri/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Polri dan anggota keluarganya 4. Peserta Asuransi kesehatan ASKES dan anggota keluarganya 5. Peserta Jaminan Pemeliharaan Jamsostek dan anggota keluarhanya
1 Januari 2014	1 Januari 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badan Usaha Milik Negara 2. Usaha Besar 3. Usaha Menengah 4. Usaha Kecil
1 Januari 2014	1 Januari 2016	Usaha Mikro
1 Januari 2014	1 Januari 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pekerja Bukan Penerima Upah 2. Bukan Pekerja

Sumber: Perpres No. 111 Tahun 2013

Bagi perusahaan yang telah menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan perjanjian kerjasama dengan fasilitas pelayanan kesehatan sebelum berlakunya Peraturan Presiden ini, kewajiban pemberi kerja

mendaftarkan dirinya dan pekerjaanya mulai berlaku pada saat berakhirnya perjanjian kerjasama.

Penduduk yang belum termasuk sebagai peserta Jaminan Kesehatan dapat diikutsertakan dalam program Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan oleh Pemerintah Daerah.

2.4.5. Jaminan Kesehatan Nasional Menuju Cakupan Semesta 2019

Fokus penyelenggaraan JKN terbagi atas dua perhatian utama. Pada tahun 2012 - 2014, penyelenggaraan JKN diutamakan pada penyiapan beroperasinya BPJS Kesehatan. Pada lima tahun selanjutnya (2015-2019), fokus penyelenggaraan JKN tertuju pada perluasan kepesertaan menuju cakupan semesta, yang populer disebut “universal coverage”.

JKN menuju cakupan semesta 2019 adalah suatu program dari JKN untuk dapat mencapai target pemerataan pelayanan kesehatan ke seluruh penduduk Indonesia. Penyusun dari cakupan semesta 2019 ini terdiri dari Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) bersama 13 Kementerian dan Lembaga, dengan menyusun “Peta Jalan Menuju Cakupan Semesta JKN 2012 – 2019. Peta jalan tersebut memuat sasaran pokok beserta kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan yang akan dicapai oleh penyelenggaraan JKN pada tahun 2019. Terdapat delapan sasaran pokok yang akan dicapai pada tahun 2019 dengan bertolak dari kondisi pada tahun 2014, yaitu

Tabel.2.4 Sasaran Pokok Menuju Cakupan 2019

SASARAN 1 JANUARI 2014	SASARAN 2019
1. BPJS Kesehatan mulai beroperasi	1. BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik.
2. BPJS Kesehatan mengelola jaminan kesehatan setidaknya bagi 121,6 juta peserta (sekitar 50 Juta masih dikelola oleh	2. Seluruh penduduk Indonesia (yang pada 2019 diperkirakan sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan

SASARAN 1 JANUARI 2014	SASARAN 2019
badan lain)	melalui BPJS Kesehatan.
3. Paket manfaat medis yang dijamin adalah seluruh penyakit. Namun masih ada perbedaan kelas perawatan di rumah sakit yang mengiur sendiri dan bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayar oleh pemerintah	3. Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat.
4. Rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan tersusun dan mulai dilaksanakan.	4. Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka.
5. Seluruh peraturan pelaksanaan yang merupakan turunan UU SJSN dan UU BPJS telah diundangkan dan diterbitkan	5. Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin
6. Paling sedikit 75% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS	6. Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang di kontrak BPJS.
7. Paling sedikit 65% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.	7. Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.
8. BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel.	8. BPJS dikelola secara terbuka, efisien dan akuntabel.

Sumber: BPJS Kesehatan.go.id, diakses tanggal 28 Februari 2019

Pemerintah menetapkan enam aspek yang akan dilaksanakan secara simultan selama lima tahun ke depan untuk mencapai cakupan semesta JKM yang berkeadilan dan berkualitas. Aspek pertama dan utama adalah peraturan perundang-undangan yang mengatur penyelenggaraan JKN. Pencapaian konsensus di antara para pemangku kepentingan tentang pokok-pokok pengaturan seluruh aspek penyelenggaraan JKN menjadi syarat keberhasilan pengundangan seluruh peraturan pelaksanaan UU SJSN dan

UU BPJS. Selanjutnya adalah membangun pemahaman dan dukungan publik.

Aspek kedua adalah perluasan kepesertaan. Pelaksanaan kepesertaan wajib akan dilaksanakan secara bertahap disertai dengan penyetaraan manfaat bagi seluruh penduduk. Penegakan hukum akan dilaksanakan secara sistemik dan diberlakukan secara bertahap. Pelaksanaan kepesertaan wajib dimulai dari pengalihan peserta JPK Jamsostek, Jamkesmas, Askes PNS, TNI Polri ke BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014. Pemerintah merinci tahapan perluasan kepesertaan JKN dalam PerPres No. 111 Tahun 2013 Pasal 6 ayat (2) dan (3). Ketentuan ini telah ditetapkan dalam peta Jalan JKN.

Aspek Ketiga adalah penetapan manfaat layanan yang dijamin dan besaran iuran. Berbagai kegiatan akan dilaksanakan untuk menjamin manfaat yang sama bagi seluruh penduduk. Penyesuaian perpres JKN Akan dilakukan dengan memerhatikan hasil-hasil kajian berkala tahunan tentang upah, iuran, efektifitas manfaat, dan pembayaran antar wilayah serta telaah utilisasi kontinu untuk menjamin efisiensi menurunkan moral hazard, dan kepuasan peserta dan tenaga/fasilitas kesehatan.

Aspek keempat adalah peningkatan kualitas dan distribusi pelayanan kesehatan. Dalam lima tahun akan diupayakan kecukupan jumlah dan pemerataan distribusi fasilitas kesehatan disertai optimalisasi sistem rujukan pembayaran dengan cara prospektif dan harga keekonomian untuk semua penduduk. Pemerintah beserta organisasi profesi diagendakan untuk segera merumuskan dan menerapkan standar kualitas pelayanan, termasuk standar kompetensi fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan. Penyesuaian

peraturan JKN akan dilakukan untuk memberi keleluasaan kepada peserta dalam memilih fasilitas kesehatan primer, sekunder dan tersier.

Aspek kelima adalah pengelolaan keuangan JKN oleh BPJS Kesehatan. Kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan bertujuan untuk membangun profil keuangan BPJS Kesehatan yang sehat dan kuat untuk membiayai pelayanan kesehatan peserta, serta membangun dukungan dan kepercayaan publik kepada JKN dan BPJS Kesehatan. Selain itu agenda dalam penyusunan dan publikasi akuntabilitas dan kecukupan dana tiap semester sebagai indikator efisiensi dan akuntabilitas publik.

Aspek keenam adalah aspek organisasi dan kelembagaan untuk memperkokoh BPJS Kesehatan agar mampu mengelola seluruh penduduk dengan indikator efisien dan memuaskan. Dalam lima tahun ke depan akan dilaksanakan

- (1) Pemantapan organisasi dan manajemen;
- (2) Pengembangan jumlah kantor perwakilan dan cabang;
- (3) Pengembangan kompetensi dan kinerja SDM BPJS dan Faskes;
- (4) Implementasi tata kelola (*good governance*) yang baik dan pelaporan publik
- (5) Pengembangan kebijakan berbasis data, *information warehouse*, jaringan dan infrastruktur sistem informasi;
- (6) Pengembangan Aplikasi;



BAB III

ANALISIS SOSIAL SETTING PENELITIAN

3.1 Karakteristik Lokasi dan Wilayah Penelitian

3.1.1 Kondisi Geografis

Kota Surabaya adalah ibukota Provinsi Jawa Timur, Indonesia sekaligus menjadi kota metropolitan terbesar kedua setelah Jakarta.

Surabaya merupakan kota yang menjadi pusat bisnis, perdagangan, industri, dan pendidikan di Jawa Timur serta wilayah Indonesia bagian timur. Kota Surabaya terletak 796 km sebelah timur Jakarta, atau 415 km sebelah barat laut Denpasar, Bali. Surabaya terletak di tepi pantai utara Pulau Jawa danberhadapandenganSelat Madura serta Laut Jawa.

Pada masa Hindia Belanda Surabaya berstatus sebagai ibu Karisedanan Surabaya, yang wilayahnya mencakup daerah yang kini wilayahnya Kabupaten Gresik, Sidoarjo, Mojokerto dan Jombang.

Surabaya ditetapkan sebagai kota madya pada tahun 1905 sebagai ibukota provinsi Jawa Timur dan berkembang menjadi modern terbesar di Hindia Belanda setelah Batavia. Begitu banyak sejarah yang tertulis di Surabaya sebagai saksi kemerdekaan Republik Indonesia, salah satunya adalah aksi heroic oleh Kusno Wibowo yang berhasil melakukan penyobekan bendera Belanda di Hotel Yamato (yang sekarangmenjadi hotel majapahit).

Secara geografis, Surabaya berada pada $07^{\circ}09'00''$ – $07^{\circ}21'00''$ Lintang Selatan dan $112^{\circ}36'$ - $112^{\circ}54'$ Bujur Timur. Luas wilayah meliputi daratan sekitar $350,54 \text{ km}^2$ dan laut seluas $190,39 \text{ km}^2$. Hasil sensus penduduk tahun 2010 Jumlah penduduk 2,765,487 jiwa, dengan luas wilayah $350,54 \text{ km}^2$ maka kepadatan penduduk kota Surabaya adalah sebesar 7,890 jiwa per km^2 (Surabaya.go.id, diakses tanggal 4 Desember 2016) Daerah metropolitan Surabaya yaitu Gerbang kertosusila yang berpenduduk sekitar 10 juta jiwa adalah kawasan metropolitan terbesar kedua di Indonesia setelah Jabodetabek.

Kondisi geologi kota Surabaya terdiri dari Daratan Aluvium; formasi Kabuh; Pucangan; Lidah; Madura; dan Sonde. Sedangkan untuk wilayah perairan, Surabaya tidak berada pada jalur sesar aktif ataupun berhadapan langsung dengan samudera, sehingga relatif aman dari bencana alam. Berdasarkan kondisi geologi dan wilayah perairannya, Surabaya dikategorikan kedalam kawasan yang relatif aman terhadap bencana gempa bumi maupun tanah amblesan sehingga pembangunan infrastruktur tidak memerlukan rekayasa geoteknik yang dapat menelan biaya besar.

Lahan pertanian di Surabaya pada tahun 2016 mencapai 1.400 Ha (industribisnis.com, diakses tanggal 28 Februari 2017). Sesuai sensus pertanian pada tahun 2013 luas lahan pertanian di Surabaya adalah 1.577 Ha. Peningkatan jumlah industri di Surabaya, sebagai dampak menyusutnya luas lahan pertanian. Lahan sawah yang tersisa di Kota Surabaya sekitar di beberapa kecamatan. Beberapa kecamatan seperti Benowo ada 92 sawah, di kecamatan Bulak ada 110 sawah, di

kecamatan Gayungan tersisa 3 sawah, di Gunung Anyar 10 sawah, di jambangan 3 sawah, di kecamatan karangpilang ada 40 sawah, di Lakarsantri ada 498 sawah, di Kecamatan Mulyorejo ada 37 sawah, di kecamatan Pakal ada 424 sawah.lalu di kecamatan Rungkut ada 16 sawah, di Kecamatan Sambikerep ada 133 sawah, di kecamatan sukolilo ada 68 sawah, di Kecamatan Sukolilo ada 68 sawah, di kecamatan Tandes ada 8 sawah, di kecamatan Wiyung ada 38 sawah, dan di kecamatan Wonocolo ada 3 sawah. Lahan sawah tersebut menghasilkan padi dan hasil komoditi lain berupa jagung, kedelai, tomat, dan cabai.

Aspek pariwisata Surabaya memiliki lebih dari 10 tempat wisata yang mengandung makna sejarah, antara lain monumen tugu pahlawan, monumen kapal selam, patung sura dan baya, jembatan Suramadu, Masjid Agung Surabaya dan masih banyak tempat pariwisata. Dari tempat wisata-wisata tersebut surabaya berhasil mendapat kunjungan sebanyak 11,122,194 pada tahun 2014 untuk wisatawan nusantara dan 185.353 untuk wisatawan mancanegara (surabayakota.bps.go.id, diakses tanggal 2 Februari 2017)

Surabaya sebagai kota dagang dan jasa menjadikan aktifitas warganya sangat membutuhkan akses yang cepat terutama transportasi. Aksesibilitas kota Surabaya didukung dengan adanya kelengkapan sarana dan prasarana transportasi yang memadai. Kota surabaya memiliki infrastruktur transportasi darat, laut dan udara yang mampu melayani perjalanan lokal, regional maupun internasional. Bandara juanda adalah akses transportasi udara yang melayani

penerbangan baik domestik maupun internasional. Transportasi darat Surabaya memiliki 4 stasiun yang dikelola oleh PT KAI daop VIII untuk jalur kereta, yaitu stasiun pasar turi, stasiun kota surabaya, stasiun gubeng dan stasiun wonokromo. Untuk menjangkau seluruh sudut kota, tersedia transportasi angkutan kota yang tersebar pada titik terminal antara lain, terminal purabaya, terminal tambak osowilangon, terminal joyoboyo, terminal bratang dan beberapa sub terminal yang sudah dikelola oleh pemerintah kota. Sedangkan transportasi laut didukung fasilitas kapal penumpang dengan rute ke seluruh kawasan indonesia dan kawasan pelabuhan tanjung perak. Tanjung perak merupakan salah satu pelabuhan pintu gerbang di Indonesia, yang menjadi pusat kolektor dan distributor barang ke Kawasan Timur Indonesia, khususnya untuk Provinsi Jawa Timur.

Iklm di Surabaya sama seperti kotabesar di Indonesia pada umumnya yakni dua musim dalam setahunya itu musim hujan dan kemarau. Curah hujan di Surabaya rata-rata 165,3 mm. Curah hujan tertinggi di atas 200 mm terjadi pada kurun Januari hingga Maret dan November hingga Desember. Surabaya memiliki suhu udara rata-rata berkisar antara 23,6°C hingga 33,8°C.

Tabel 3.1 Kondisi Iklim di Surabaya dalam Satu Tahun

Data iklim Surabaya

Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Tahun
Rata-rata tertinggi °C (°F)	31.8 (89.2)	31.5 (88.7)	31.6 (88.9)	31.4 (88.5)	31.6 (88.9)	31.2 (88.2)	31.3 (88.3)	30.1 (86.2)	32.7 (90.9)	33.4 (92.1)	33.1 (91.6)	31.9 (89.4)	31.8 (89.2)
Rata-rata terendah °C (°F)	24.1 (75.4)	24.2 (75.6)	24.0 (75.2)	24.8 (76.6)	24.1 (75.4)	23.5 (74.3)	23.0 (73.4)	22.5 (72.5)	22.9 (73.2)	23.7 (74.7)	24.1 (75.4)	23.8 (74.8)	23.7 (74.7)
Curah hujan mm (inci)	327 (12.87)	275 (10.83)	283 (11.14)	181 (7.13)	159 (6.26)	101 (3.98)	22 (0.87)	15 (0.59)	17 (0.67)	47 (1.85)	105 (4.13)	219 (8.62)	1.751 (68,94)
Rata-rata hari hujan	17	18	19	15	13	11	7	3	4	5	12	23	147

Sumber: www.wikipedia.com/Surabaya

Kondisi iklim tropis yang dimiliki Surabaya membantu dalam peningkatan pertumbuhan laju ekonomi, karena pembangunan industri di Surabaya sangat kecil kemungkinan terhambat dengan kondisi iklim dan alam. Hal tersebut membuat Surabaya menjadi kota yang menarik pengusaha untuk berinvestasi di Surabaya. Meskipun sebagian besar wilayah Surabaya merupakan dataran rendah yaitu 80,72 % dengan ketinggian antara -0,5 – 5m SHVP atau 3 – 8 m diatas permukaan laut, sedangkan sisanya merupakan daerah perbukitan yang terletak di wilayah Surabaya barat (12,77%) dan Surabaya Selatan (6,52%) tidak menjadi permasalahan untuk meningkatkan produktivitas ekonomi. Bahkan masyarakat di Surabaya cenderung kreatif memanfaatkan kondisi alam, dan ketersediaan lahan untuk tambak yang digunakan untuk budidaya ikan dan membuat garam seperti di kawasan pesisir timur dan utara.

Fungsi dominan Kota Surabaya adalah sebagai pusat kegiatan komersial, finansial, perdagangan, informasi, administrasi, sosial, dan kesehatan. Khusus di Kota Surabaya, tingginya nilai lahan sebagai akibat pertumbuhan sektor bisnis yang cukup pesat, maka penggunaan lahan untuk pertanian pun semakin berkurang. Selain itu pemanfaatan lahan yang terbatas di Surabaya untuk berbagai kepentingan komersial akan menyebabkan perubahan kualitas lingkungan yang lebih buruk. Tetapi pemerintah kota surabaya memiliki perda nomor 3 tahun 2007 tentang rencana tata ruang Wilayah Kota Surabaya yang dimana ruang terbuka hijau diupayakan 20% dari luas kota untuk menyeimbangkan kualitas lingkungan.

3.1.2 Kondisi Demografi dan Sosio Ekonomi

Data penduduk dari Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil untuk tahun 2015, banyaknya penduduk Surabaya menurut jenis kelamin, laki-laki sebanyak 1,473,640 orang, dan perempuan sebanyak 1,469,88 orang, sehingga total jumlah penduduk Surabaya pada tahun 2014 adalah 2,943,528 jiwa.

Tabel 3.2 Jumlah Penduduk menurut Jenis Kelamin per Kecamatan Tahun 2015

No.	Kecamatan	Penduduk akhir tahun 2015		
		(L) Laki-Laki	(P) Perempuan	L + P
	Surabaya Pusat			
1	Tegalsari	51,943	52,166	104,109
2	Genteng	29,933	30,529	60,462
3	Bubutan	51,895	52,047	103,942
4	Simokerto	50,025	50,025	100,050
	Surabaya Utara			
5	PabeanCantikan	41,595	41,006	82,601

No.	Kecamatan	Penduduk akhir tahun 2015			
		(L) Laki-Laki	(P) Perempuan	L + P	
6	Semampir	96,054	94,104	190,158	
7	Krembangan	59,805	59,354	119,159	
8	Kenjeran	78,385	76,146	154,531	
9	Bulak	21,192	20,984	42,176	
	Surabaya Timur				
10	Tambaksari	111,800	112,106	223,906	
11	Gubeng	68,678	70,677	139,355	
12	Rungkut	54,256	54,238	108,494	
13	TenggilisMejoyo	28,138	28,344	56,482	
14	GunungAnyar	27,144	26,983	54,127	
15	Sukolilo	54,022	54,270	108,292	
16	Mulyorejo	42,343	43,001	85,344	
	Surabaya Selatan				
17	Sawahan	103,036	104,065	207,101	
18	Wonokromo	81,548	82,574	164,122	
19	Karangpilang	36,368	36,011	72,379	
20	Dukuh Pakis	30,027	30,021	60,048	
21	Wiyung	34,370	33,710	68,080	
22	Wonocolo	40,229	40,207	80,436	
23	Gayungan	22,699	22,716	45,415	
24	Jambangan	24,806	24,504	49,310	
	Surabaya Barat				
25	Tandes	45,709	45,788	91,497	
26	Sukomanunggal	50,475	50,319	100,794	
27	Asemrowo	23,508	22,393	45,901	
28	Benowo	29,506	29,107	58,613	
29	Lakarsantri	27,961	27,442	55,403	
30	Pakal	25,849	25,017	50,866	
31	Sambikerep	30,341	30,034	60,375	
	Jumlah	1,473,640	1,469,888	2,943,528	
		2014	1,430,985	1,422,676	2,853,661
		2010	1,469,916	1,459,612	2,929,528

Sumber :Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Surabaya

Informasi dari Dinas Tenaga kerja Kota Surabaya terkait data ketenagakerjaan tahun 2015, pencari kerja di Surabaya masih

didominasi oleh lulusan akademi atau perguruan tinggi. Jumlah pencari kerja pendaftar baru terdapat 7.464 orang, terdiri dari 3.883 orang lulusan akademi/perguruan tinggi, 3.372 orang lulusan SMA, 180 orang lulusan SMP dan 29 orang lulusan SD. Pada tahun 2015 Pemerintah kota Surabaya melalui Disnaker menyelenggarakan beragam pelatihan sebagai upaya sertifikasi profesi. Sertifikasi dilakukan untuk empat bidang uji kompetensi, yaitu teknologi informasi dan komunikasi, pariwisata, akutansi, dan operasi Pesawat Angkat. Agar masyarakat lebih mandiri dan kreatif serta tidak menggantungkan untuk mendapat penghasilan dari perusahaan, pelatihan dan UMKM di Surabaya sedang digalakkan. Dari data Bappemas masyarakat yang sudah dilatih dan masih berstatus aktif yakni sebanyak 785 kelompok yang tersebar di 31 kecamatan. Keterampilan yang diajarkan diantaranya, menjahit dasar, tas tangan, handycraft, makanan, sulam pita, produk rumah tangga, membatik, menjahit, ikat celup dan jahit kreatif. Total jumlah kelompok yang telah mendapatkan pelatihan tersebut sejumlah 1514 orang.

Struktur ekonomi surabaya masih ditopang oleh sektor tersier, yaitu sektor perdagangan, hotel dan restoran; sektor pengangkutan dan komunikasi; sektor keuangan, persewaan, dan jasa perusahaan serta jasa-jasa dengan kontribusi terhadap Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) sebesar 62.28%.

Dari sektor industri peringkat realisasi investasi PMA (Penanaman Modal Asing) kota Surabaya yang terbesar adalah dari sektor perdagangan besar, kecuali mobil dan sepeda motor, dengan jumlah total mencapai 36 %. Sedangkan, peringkat realisasi investasi

PMDN (Non PMA) kota Surabaya menurut sektor yang tertinggi dari Sektor Pergudangan dan Jasa Penunjang Akuntan, dengan nilai investasi mencapai Rp.348.393.600.000, Jika dilihat dari realisasi investasinya, dan secara keseluruhan jumlah investasi pada tahun 2015 adalah Rp.828.416.500.000 yang dibagi dalam beberapa sektor.

Tabel 3.3 Peringkat Realisasi Investasi PMDN Kota Surabaya menurut Sektor

No	Kode Sektor	Nama Sektor	P	Investasi (\$)	Investasi (Rp)	TK	%
1	H 52	Pergudangandan Jasa Penunjang Akuntan	1	0	348,393,600,000	313	42,06
2	C 24	Industri Logam Dasar Barang Logam, Mesin	2	0	338,306,200,000	219	40,84
3	C 22	Industri Karet, Barang dari Karet dan Plastik	1	0	114,347,600,000	173	13,83
4	C 27	Industri Peralatan Listrik	1	0	15,500,000,000	50	1,87
5	C 29	Industri Kendaraan Bermotor, Trailer dan Semi	1	0	8,992,600,000	28	1,09
6	C 23	Industri Barang Galian Bukan Logam	1	0	1,626,500,000	40	0,2
7	G 46	Perdagangan Besar, Kecuali Mobil dan Sepeda Motor	1	0			
Total			8	0	828,416,500,000		

Sumber : Kantor Badan Penanaman Modal Kota Surabaya, 2016

Data Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) di Tahun 2015 tercatat sebanyak 13,333 SIUP dengan jumlah terbanyak dari SIUP Kecil. Serta pada tahun 2015 jumlah industri di Surabaya dibagi menjadi industri besar dan sedang sebanyak 815 industri dengan jumlah tenaga kerja sebanyak 108,803 tenaga kerja.

Tabel 3.4 Jumlah Industri dan Tenaga Kerja menurut Golongan Industri Tahun 2005 -2014.

Banyaknya Industri Besar, Sedang dan Tenaga Kerja Dirinci menurut Golongan Industri 2005-2014						
Kode KIP Industri	Jenis Industri			Tenaga Kerja		
	Besar	Sedang	Jumlah	Besar	Sedang	Jumlah
2014	201	615	816	85,803	23,000	108,803
2013	209	630	838	87,740	23,680	111,216
2012	201	635	836	90,321	23,967	107,277
2011	203	600	803	87,331	22,337	109,668
2010	198	640	838	115,236	24,925	140,161
2009	214	663	877	120,801	26,138	146,939
2008	214	663	877	120,801	26,138	146,939
2007	214	663	877	120,801	26,138	146,939
2006	202	431	633	121,843	17,596	139,439
2005	202	431	633	121,843	17,596	139,439

Sumber :Badan Pusat Statistik Surabaya, 2016

Dari data tersebut terlihat bahwa jumlah industri besar dan sedang mengalami fluktuatif dan angka menurun dari tahun 2013 ke 2014 untuk industri besar mengalami penurunan sebanyak 8 industri, dan industri sedang menurun dari 630 menjadi 615. Dari kedua penurunan angka tersebut jelas berdampak pada jumlah tenaga kerja yang diserap. Angka menunjukkan sebanyak 2,413 tenaga kerja tidak lagi bekerja. Namun, segi letak Surabaya yang strategis berada hampir ditengah wilayah Indonesia dan iklim yang mendukung menjadi peluang kota Surabaya sebagai kota besar industri. Surabaya menjadi salah satu kota yang termasuk dalam kegiatan ekonomi dan sosial yang terkonsentrasi di Propinsi Jawa Timur, karena letaknya dibagian tengah dan di wilayah pantai utara terutama di kawasan Gresik – Bangkalan – Mojokerto – Surabaya – Sidoarjo – Lamongan (Gerbangkertokusila).

Upaya mengawal masyarakat surabaya menjadi sumber daya manusia yang berkualitas, senantiasa menjadi agenda penting pemkot

repository.ub.ac.id

surabaya setiap tahunnya. Badan arsip dan perpustakaan kota surabaya di tahun 2015 tercatat 387 taman baca dan 2 perpustakaan umum. Dengan jumlah petugas sebanyak 461 orang dan pengunjung terbanyak dari kalangan pelajar sejumlah 19.847.916 orang.

Dinas kebersihan dan pertamanan menjelaskan bahwa total volume sampah mengalami peningkatan menjadi 1.438.246 m³ dan yang berhasil diangkut adalah 395.518 m³. Luas tanah makam lahan yang tersedia adalah 159.91 Ha. Sebagai upaya menghijaukan kota surabaya maka pemkot mendistribusikan bibit tanaman penghijauan sebanyak 1.145.681 bibit pada tahun 2015.

Untuk kunjungan posyandu selama tahun 2015, terdapat 209.3974 kunjungan baru, dan 542.317 kunjungan lama. Sedangkan untuk jenis penyakit, dari total 907.406 kasus yang dilaporkan, mayoritas merupakan penyakit gangguan saluran pernafasan bagian atas. Banyaknya fasilitas kesehatan (Rumah sakit dan Klinik) menurut jenisnya terdiri dari 38 Rumah Sakit Umum, 4 Rumah Sakit Bersalin, 1 Rumah sakit Mata, 1 Rumah Sakit Jiwa, 1 Rumah Sakit Penyakit Dalam, 122 Puskesmas dan Puskesmas Pembantu dan 21 Rumah bersalin.

Sebagai sarana penunjang ibadah, Kantor Kementerian Agama Kota Surabaya memiliki 1.252 masjid, 1.659 musholah, 1.849 gereja, 799 gereja katolik, 32 vihara, 40 Pura, dan 8 klenteng. Pemeluk agama masyarakat kota Surabaya terdiri dari 2.499.116 pemeluk agama islam, 117.850 pemeluk katolik, 271.231 pemeluk kristen, 8411 pemeluk Hindu, 45.141 pemeluk budha, 446 orang konghucu dan 177 pemeluk agama lainnya.

3.1.3 Pemerintahan

Pemerintah adalah suatu pengorganisasian kekuatan, tidak selalu berhubungan dengan organisasi kekuatan angkatan bersenjata, tetapi dua atau sekelompok orang dari sekian banyak kelompok yang dipersiapkan oleh suatu organisasi untuk mewujudkan maksud-maksud bersama mereka, dengan hal-hal yang memberikan keterangan bagi urusan-urusan umum kemasyarakatan. (Woodrow Wilson dalam Inu Kencana, 2011 h.27).

Sedangkan pemerintahan adalah suatu sistem yang mengatur segala kegiatan masyarakat dalam segala aspek kehidupan dalam suatu wilayah/daerah/negara dengan aturan, norma, dan nilai yang berlaku. Pemerintahan Kota Surabaya dipimpin oleh seorang Walikota dan Wakil walikota yang membawahi koordinasi atas satuan kerja perangkat daerah (SKPD) yang terdiri dari sekretariat daerah kota; staf-staf ahli; sekretariat DPRD Kota; dinas-dinas; badan-badan; inspektorat daerah; kecamatan yang dikepalai oleh seorang camat (termasuk satuan yang setingkat); dan kelurahan yang dikepalai oleh seorang lurah (termasuk satuan yang setingkat). Seluruh pegawai SKPD merupakan jajaran pegawai negeri sipi; di lingkungan pemerintah kota.

Visi pembangunan Kota Surabaya tahun 2011-2015 adalah menuju Surabaya sebagai Kota Jasa dan Perdagangan yang cerdas, Manusiawi, Bermartabat dan Berwawasan Lingkungan. Untuk mewujudkan visi yang menjadi tujuan akhir bagi segala bentuk penyelenggaraan pembangunan di Kota Surabaya, maka misi yang akan dijalankan dan menjadi sasaran bagi segala bentuk kegiatan yang

akan dilaksanakan oleh seluruh pelaku pembangunan adalah sebagai berikut :

1. Membangun kehidupan kota yang lebih CERDAS melalui peningkatan sumber daya manusia yang didukung oleh peningkatan kualitas intelektual, mental, spiritual, keterampilan, serta kesehatan warga secara terpadu dan berkelanjutan;
2. Menghadirkan suasana kota yang MANUSIAWI melalui peningkatan aksesibilitas, kapasitas, dan kualitas pelayanan publik, reformasi birokrasi, serta pemanfaatan sumber daya kota untuk sebesar-besarnya mendukung kesejahteraan warga;
3. Mewujudkan peri kehidupan warga yang BERMARTABAT melalui pembangunan ekonomi berbasis komunitas yang mengutamakan perluasan akses ekonomi dan mendukung peningkatan daya cipta serta kreativitas segenap warga kota Surabaya dalam Upaya penguatan struktur ekonomi lokal yang mampu bersaing di kawasan regional dan internasional.
4. Menjadikan kota Surabaya semakin layak huni melalui pembangunan infrastruktur fisik dan sosial secara merata yang BERWAWASAN LINGKUNGAN.

Secara administratif kota Surabaya terdiri dari 31 Kecamatan dan 163 Kelurahan.



Sumber : Surabaya.go.id., diakses tanggal 1 Februari 2017

Gambar 3.1 Peta pembagian Administratif Kota Surabaya

Dari peta tersebut wilayah administratif surabaya dibagi menjadi lima bagian yang terdiri dari kecamatan yang memiliki luas wilayah masing-masing. Dasar hukum bagi kota Surabaya adalah Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 1950, tentang Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota di Jawa Timur.

Tabel 3.5 Luas Wilayah Kota Surabaya Berdasarkan Kecamatan Tahun 2015

Kecamatan	2015	
	Luas Wilayah Kota Surabaya Tahun 2015 Berdasarkan Kecamatan	
	Km ²	%
Surabaya Pusat		
Tegalsari	4.29	1.31
Genteng	4.05	1.24
Bubutan	3.86	1.18
Simokerto	2.59	0.79
Surabaya Utara		
Pabean Cantikan	6.80	2.08
Semampir	8.76	2.68
Krebangan	8.34	2.55
Kenjeran	7.77	2.38
Bulak	6.72	2.06
Surabaya Timur		
Tambaksari	8.99	2.75
Gubeng	7.99	2.44
Rungkut	21.08	6.45
Tenggiling Mejoyo	5.52	1.69
Gunung Anyar	9.71	2.97
Sukolilo	23.68	7.25
Mulyorejo	14.21	4.35
Surabaya Selatan		
Sawahan	6.93	2.12
Wonokromo	8.47	2.59
Karangpilang	9.23	2.82
Dukuh Pakis	9.94	3.04
Wiyung	12.46	3.81
Wonocolo	6.77	2.07
Gayungan	6.07	1.86
Jambangan	4.19	1.28
Surabaya Barat		

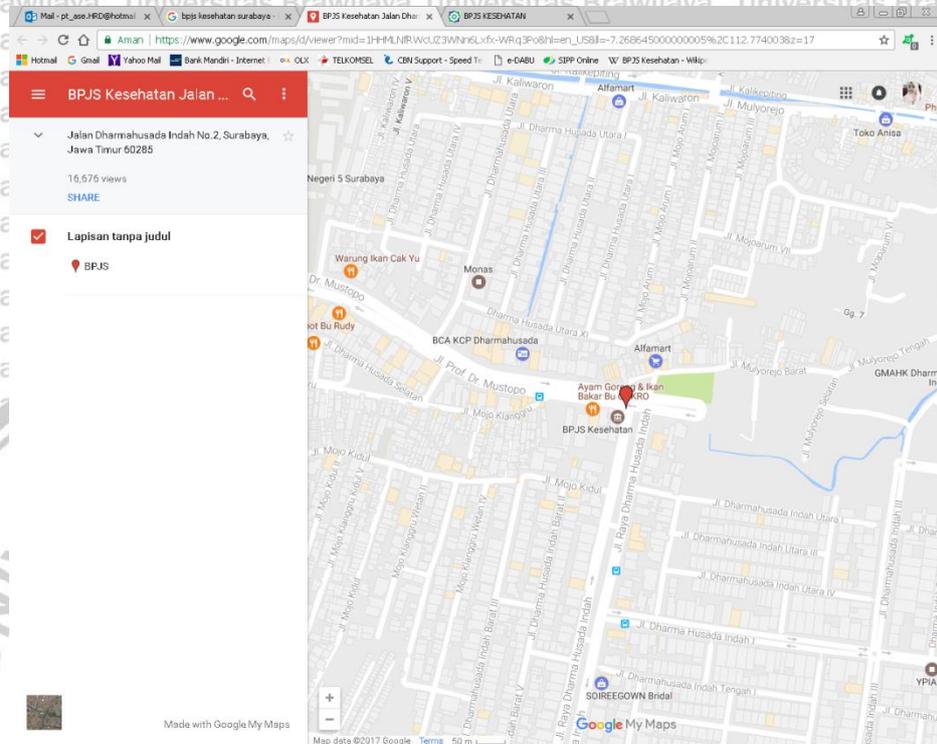
2015		
Kecamatan	Luas Wilayah Kota Surabaya Tahun 2015 Berdasarkan Kecamatan	
	Km ²	%
Tandes	11.07	3.39
Sukomanunggal	9.23	2.82
Asemrowo	15.44	4.72
Benowo	23.73	7.26
Pakal	22.07	6.75
Lakarsantri	18.99	5.81
Sambikerep	23.68	7.25
Kota Surabaya	326.81	100.00

Sumber: Badan Pusat Statistik Kota Surabaya

Tabel tersebut menjelaskan wilayah kota Surabaya yang terbagi menjadi lima bagian dengan luas masing-masing. Setiap kecamatan memiliki RT dan RW dengan jumlah yang berbeda. Jumlah RT dan RW untuk wilayah Surabaya Pusat adalah 1.426 RT dan 230 RW. Surabaya Utara berjumlah 1.806 RT dan 231 RW. Sedangkan wilayah Surabaya Timur adalah yang terpadat jumlah RT dan RW nya adalah 2.548 RT dan 390 RW dengan 7 kecamatan pada wilayah tersebut. Selanjutnya wilayah Surabaya Selatan terdiri dari 8 Kecamatan dengan jumlah 2.903 RT dan 323 RW dan Surabaya Barat memiliki keseluruhan jumlah RT 1.398 dan RW 231.

3.2 BPJS Kesehatan

3.2.1. Lokasi BPJS Kesehatan Cabang Kota Surabaya



Sumber: google/map, diakses tanggal 1 Maret 2017

Gambar 3.2 Lokasi BPJS Kesehatan Cabang Kota Surabaya

Guna memberikan kemudahan layanan kepada masyarakat mengenai program BPJS Kesehatan. BPJS telah membuka kantor cabang di berbagai provinsi, BPJS membentuk beberapa regional kerja untuk masing-masing wilayah, khusus untuk Jawa Timur termasuk dalam Regional VII. Saat ini Kantor BPJS Kesehatan untuk Regional VII baru ada di 10 kota saja, beberapa diantaranya adalah Surabaya, Bojonegoro, Madiun, Malang, Pasuruan, Jember, Banyuwangi, Pamekasan, Mojokerto dan Kediri. Adapun lokasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Cabang Kota Surabaya ini bertempat di Jalan Dharmahusada

Indah No. 2, Mojo, Kecamatan Gubeng, Wilayah Surabaya Timur Kota Surabaya.

3.2.2. Visi dan Misi BPJS Kesehatan Cabang Kota Surabaya

Visi BPJS Kesehatan adalah terwujudnya Jaminan Kesehatan (JKN-KIS) yang berkualitas dan berkesinambungan bagi seluruh Penduduk Indonesia pada tahun 2019 berlandaskan gotong royong yang berkeadilan melalui BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya. Sedangkan untuk mewujudkan semua itu BPJS Kesehatan memiliki misi sebagai berikut :

1. Meningkatkan kualitas layanan yang berkeadilan kepada peserta, pemberi pelayanan kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya dalam sistem kerja yang efektif dan efisien.
2. Memperluas kepesertaan JKN-KIS mencakup seluruh indonesia paling lambat 1 Januari 2019 melalui peningkatan kemitraan dengan seluruh pemangku kepentingan dan mendorong partisipasi masyarakat serta meningkatkan kepatuhan kepesertaan.
3. Menjaga kesinambungan program JKN-KIS dengan mengoptimalkan kolektibilitas iuran, system pembayaran fasilitas kesehatan dan pengelolaan keuangan secara transparan dan akuntabel.
4. Memperkuat kebijakan dan implementasi program JKN-KIS melalui peningkatan kerja sama antar lembaga, kemitraan, koordianasi dan komunikasi dengan seluruh pemangku kepentingan
5. Memperkuat kapasitas dan tata kelola organisasi dengan didukung dengan SDM yang profesional, penelitian, perencanaan dan

evaluasi, pengelolaan proses bisnis dan manajemen resiko yang efektif dan efisien serta infrastruktur dan teknologi informasi yang handal.

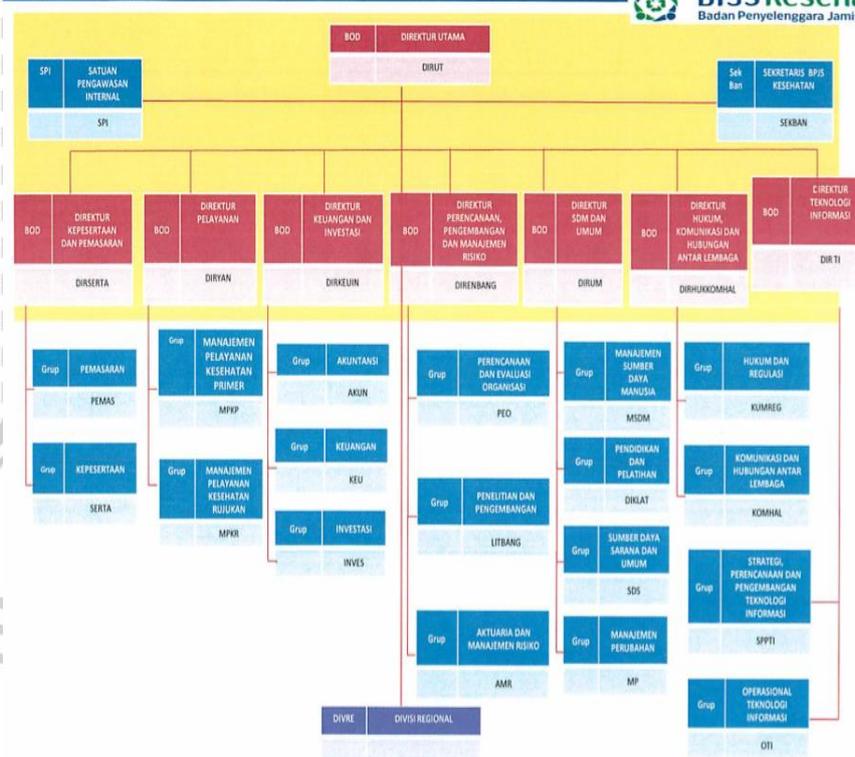
3.2.3. Struktur Organisasi

Struktur Organisasi BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. Direktur Utama
- b. Sekretaris BPJS Kesehatan
- c. Satuan Pengawasan Internal
- d. Direktur Kepesertaan dan Pemasaran
- e. Direktur Pelayanan
- f. Direktur Keuangan dan Investasi
- g. Direktur Perencanaan, Pengembangan dan Manajemen Resiko
- h. Direktur SDM dan Umum
- i. Direktur Hukum, Komunikasi dan Hubungan Antar Lembaga
- j. Direktur Teknologi
- k. dan Staff.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA





Sumber: bpjs-kesehatan.go.id, diakses 1 Maret 2017

Gambar 3.3 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan

Dari struktur diatas maka dapat dijabarkan tugas tugas dari setiap struktur mulai dari atas hingga per-setiap divisi, maka penjabarannya adalah :

I. Dewan Pengawas.

Dewan Pengawas merupakan organ BPJS Kesehatan yang bertugas untuk melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengurusan BPJS Kesehatan oleh Direksi dan memberikan nasihat kepada Direksi dalam penyelenggaraan program Jaminan Sosial Kesehatan oleh BPJS Kesehatan. Dalam menjalankan fungsi Pengawasan atas pelaksanaan

tugas BPJS Kesehatan, berdasarkan Pasal 22 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, Dewan Pengawas bertugas :

- a. Melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS Kesehatan dan kinerja Direksi;
- b. Melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi;
- c. Memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS Kesehatan;
- d. Menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Sosial sebagai bagian dari laporan BPJS Kesehatan kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

Dalam pelaksanaan tugas Pengawasan dan pemberian nasihat kepada Direksi, Dewan Pengawas berdasarkan Pasal 22 ayat (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 memiliki wewenang sebagai berikut:

- a. Menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS Kesehatan;
- b. Mendapatkan dan/atau meminta laporan dari Direksi;
- c. Mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS Kesehatan;
- d. Melakukan penelaahan terhadap data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS Kesehatan;
- e. Memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi.

II. Direksi

Direksi BPJS Kesehatan yang selanjutnya disebut Direksi adalah organ BPJS Kesehatan yang berwenang dan bertanggung jawab penuh atas pengurusan BPJS Kesehatan untuk kepentingan BPJS Kesehatan, sesuai dengan asas, tujuan, dan prinsip BPJS Kesehatan, serta mewakili BPJS Kesehatan, baik di dalam maupun di luar pengadilan.

Dalam menjalankan fungsinya, sesuai ketentuan Pasal 24 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, Direksi bertugas untuk:

- a. Melaksanakan pengelolaan BPJS Kesehatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi,
- b. Mewakili BPJS Kesehatan di dalam dan di luar pengadilan; dan
- c. Menjamin tersedianya fasilitas dan akses bagi Dewan Pengawas untuk melaksanakan fungsinya.

Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada Pasal 24 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, Direksi berwenang untuk:

- a. Melaksanakan wewenang BPJS Kesehatan;
- b. Menetapkan struktur organisasi beserta tugas pokok dan fungsi, tata kerja organisasi, dan sistem kepegawaian;
- c. Menyelenggarakan manajemen kepegawaian BPJS Kesehatan termasuk mengangkat, memindahkan, dan memberhentikan pegawai BPJS Kesehatan serta menetapkan penghasilan pegawai BPJS Kesehatan;
- d. Mengusulkan kepada Presiden penghasilan bagi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan;

- e. Menetapkan ketentuan dan tata cara pengadaan barang dan jasa dalam rangka penyelenggaraan tugas BPJS Kesehatan dengan memperhatikan prinsip transparansi, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas;
- f. Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS Kesehatan yang bernilai paling banyak Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Pengawas;
- g. Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS Kesehatan yang bernilai lebih dari Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Presiden; dan
- h. Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS Kesehatan yang bernilai lebih dari Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia.

Sedangkan pembagian tugas secara umum dari setiap direksi yang dibagi dari beberapa divisi tadi diatur sebagai berikut :

- a. Direktur Utama, dengan tugas utamanya memimpin dan bertanggung jawab atas setiap aktivitas yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan, membuat kebijakan umum dan mengambil keputusan strategis BPJS Kesehatan serta bertindak sebagai koordinator Direksi.
- b. Direktur Kepesertaan dan Pemasaran, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan yang terkait dengan kegiatan operasional yaitu meliputi kebijakan kepesertaan, Pemasaran dan hubungan

pelanggan serta mengoordinasikan, mengendalikan dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.

c. Direktur Pelayanan, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan yang terkait dengan kegiatan operasional yaitu meliputi kebijakan pelayanan, jaminan pelayanan kesehatan dan obat, promosi dan evaluasi pelayanan kesehatan, kemitraan dengan fasilitas kesehatan serta mengoordinasikan, mengendalikan dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.

d. Direktur Perencanaan dan Pengembangan, dengan tugas utamanya menyiapkan perencanaan BPJS Kesehatan jangka pendek dan jangka panjang dan laporan manajemen BPJS Kesehatan, melakukan evaluasi atas kinerja BPJS Kesehatan secara reguler, melaksanakan penelitian dan pengembangan terkait dengan core proses BPJS Kesehatan, pengelolaan aktuarial dan pengelolaan risiko yang efektif dan efisien serta mengoordinasikan, mengendalikan dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.

e. Direktur Keuangan dan Investasi, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan BPJS Kesehatan mengenai akuntansi, investasi dan keuangan serta mengoordinasikan, mengendalikan

dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.

f. Direktur Sumber Daya Manusia dan Umum, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan BPJS Kesehatan mengenai Sumber Daya Manusia (SDM) dan Organisasi dan Sumber Daya Sarana (SDS) serta mengoordinasikan, mengendalikan dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.

g. Direktur Teknologi Informasi, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan BPJS Kesehatan mengenai teknologi diantaranya tersedianya kebijakan strategis & layanan Teknologi Informasi melalui perencanaan, perancangan, pengembangan, dan implementasi, serta pemeliharaan jaringan dan infrastruktur diseluruh unit kerja guna mendukung tersedianya Sistem Informasi Manajemen BPJS Kesehatan yang handal dan dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.

h. Direktur Hukum, Komunikasi dan Hubungan Antar Lembaga, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan BPJS Kesehatan terkait dengan hukum dan regulasi, terjalinnya hubungan kemitraan dengan Lembaga Negara dan atau Lembaga / Organisasi terkait lainnya melalui pengembangan konsep dan

strategi, serta komunikasi, koordinasi dan kerja sama antar lembaga guna mendukung dan operasionalisasi BPJS Kesehatan.

i. Komite Manajemen Resiko dalam Struktur BPJS

Komite ini merupakan lini pertahanan pertama pada kerangka *risk governance*, yang diberikan tanggung jawab dan akuntabilitas dalam perencanaan, pembentukan, pelaksanaan, dan pemantauan kegiatan manajemen risiko. Komite ini juga memberikan saran dan pengarahannya pada respon terhadap risiko yang melewati batas toleransi risiko perusahaan. Komite ini adalah salah satu penunjang bagian pengawasan dalam struktur BPJS. Dalam menjelaskan tugasnya di atas sudah dijelaskan dalam penjelasan struktur BPJS di atas. Untuk kali ini akan dibahas bentuk resiko yang ditanggung seperti apa dan bagaimana kelanjutan penanganannya.

3.2.4. Kinerja Terkini

1. Ruang lingkup usaha BPJS Kesehatan adalah menyelenggarakan progra, Jaminan Kesehatan adalah menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. BPJS Kesehatan juga dapat melakukan kegiatan usaha lain dalam rangka optimalisasi potensi sumber daya yang dimiliki organisasi dengan memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan guna menghasilkan nilai tambah terhadap manfaat yang diberikan kepada peserta dan pertumbuhan organisasi yang berkelanjutan.

3. Manfaat yang diberikan dalam program jaminan kesehatan bersifat yaitu pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat jaminan kesehatan terdiri atas manfaat medis dan manfaat non medis dengan perawatan di kelas I, II dan III di fasilitas kesehatan yang bekerja sama.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Menurut Creswell (2009, h.13)

phenomenological research is a strategy of inquiry in which the researcher identifies the essence of human experiences about phenomenon as described by participants (Penelitian fenomenologi merupakan

suatu strategi penelitian dimana peneliti mengidentifikasi inti sari pengalaman manusia tentang fenomena seperti yang dideskripsikan oleh partisipan). Pendekatan kualitatif lebih menekankan pada proses pencarian makna, pengungkapan makna di balik fenomena yang muncul dalam penelitian, dengan tujuan supaya masalah yang akan dikaji lebih bersifat komprehensif, mendalam, alamiah, dan apa adanya tanpa banyak campur tangan dari peneliti terhadap fakta yang muncul. Pendekatan fenomenologi digunakan untuk mengungkapkan Evaluasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kota Surabaya Studi pada Perlindungan Tenaga Kerja tahun 2014 – 2016.

4.2 Fokus Penelitian

Berpedoman pada fokus penelitian, maka peneliti membatasi bidang-bidang temuan dengan arahan fokus penelitian, sehingga peneliti mengetahui dengan pasti data apa yang perlu dimasukkan ke dalam sejumlah data yang dikumpulkan. Fokus penelitian ini sangat penting untuk

dijadikan sebagai sarana memadukan dan mengarahkan jalannya penelitian

(Moleong, 2009: h.115)

Adapun fokus penelitiannya adalah sebagai berikut :

1. Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional melalui BPJS

Kesehatan untuk tenaga kerja di Kota Surabaya tahun 2014 – 2016,

terdiri dari :

a. Indikator *Input*, yang terdiri dari Sumber Daya Manusia yang terlibat

dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional di

BPJS Kesehatan KCU Surabaya dan Dana (Pembiayaan) Program

Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS Kesehatan KCU Surabaya

b. Indikator *Proses*: fokus pada kegiatan perluasan kepesertaan dan

pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan untuk tenaga kerja di

Surabaya.

c. Indikator *Output*. Program Jaminan Kesehatan Nasional yang

dilaksanakan BPJS Kesehatan untuk tenaga kerja dapat terpenuhi

yang terdiri dari

(1) Jumlah peserta tenaga kerja yang terdaftar di BPJS Kesehatan

KCU Surabaya

(2) Pelayanan kesehatan yang dijamin untuk tenaga kerja

(3) Biaya langsung yang masih ditanggung oleh tenaga kerja untuk

mendapatkan pelayanan kesehatan

2. Faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan program

Jaminan Kesehatan Nasional melalui BPJS Kesehatan untuk tenaga

kerja di Kota Surabaya.

4.3 Lokasi dan Situs Penelitian

4.3.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini mengambil lokasi di Kota Surabaya, Alasan menggunakan daerah ini didasari oleh alasan berikut ini :

- a. Kota Surabaya merupakan salah satu kota terbesar kedua dari Jakarta dengan jumlah penduduk terbanyak dengan total penduduk Surabaya mencapai 3.016.653 jiwa (BPS, 2017), sehingga pengguna JKN yang termasuk dalam golongan Non PBI atau Tenaga Kerja Penerima upah khususnya di sektor swasta sebagian besar adalah penduduk Surabaya yang terbagi dalam berbagai pekerjaan.
- b. Kota Surabaya termasuk dalam 5 kota besar di Indonesia dalam kawasan Industri (<http://infoceng.blogspot.co.id/2016/03>, diakses tanggal 11 November 2016) kawasan industri yang berada di Surabaya cukup banyak diminati oleh pekerja yang berasal dari pelosok Jawa Timur. Hal ini dikarenakan karena UMR Kota Surabaya mencapai Rp. 3.045.000 di tahun 2016 atau selisih Rp. 55.000 dengan Jakarta Rp 3.100.000,- dengan biaya hidup yang cukup lebih murah di Kota Surabaya.
- c. Surabaya merupakan salah satu kota yang memiliki rumah sakit daerah yang menjadi rujukan bagi pasien yang ingin berobat di Jawa Timur, sehingga memungkinkan sebagian besar dari mereka adalah pengguna Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

4.3.2 Situs Penelitian

Situs penelitian adalah tempat dimana penelitian mengumpulkan data yang sebenarnya dari objek yang diteliti. Oleh karena itu, yang menjadi situs dalam penelitian ini adalah rumah sakit yang bekerja sama dengan Jaminan Kesehatan Nasional di Surabaya dan kantor pusat Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), terdiri dari pegawai-pegawai struktural yang ada di dalamnya dan semua orang terlibat (Pengguna jasa BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan)

4.4 Instrumen Penelitian

Penelitian kualitatif yang menjadi instrumen utama adalah peneliti sendiri. Creswell (2009, h.175) mengatakan "*researcher as key instrument*" (Peneliti merupakan instrumen kunci). Selain itu, instrumen lain yang digunakan dalam penelitian ini adalah catatan lapangan (*field notes*) dan kamera. Peneliti telah menjadi perwakilan badan usaha (HRD Perusahaan) mulai dari tahun 2014 sampai dengan sekarang.

4.5 Sumber dan Jenis Data

4.5.1 Sumber Data

Menurut Lofland dan Lofland dalam Moleong (2009, h.157) mengatakan bahwa sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan selebihnya adalah data tambahan seperti data tambahan seperti dokumen. Lebih lanjut dikatakan bahwa kata-kata dan tindakan dari orang yang diwawancara merupakan sumber data utama. Creswell (2009, h.175) mengatakan "*qualitative*

research typically gather multiple forms of data, such as interviews, observation, and documents rather than rely on a single data source”(para peneliti tipe kualitatif mengumpulkan berbagai format data seperti wawancara, observasi, dan dokumen daripada bersandar pada suatu data tunggal).

4.5.2 Jenis Data

Penelitian ini memiliki dua jenis data, yaitu Data Primer dan Data Sekunder. Data Primer yaitu data yang didapat langsung dari sumbernya dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Kota Surabaya sebagai narasumber atau informan yang langsung berhubungan dengan penelitian, baik berupa kata-kata dan tindakan melalui serangkaian proses mengamati tindakan orang-orang yang diamati atau di wawancara. Data Primer diperoleh dari :

1. Bapak/Ibu X Kepala Kantor Cabang/Pemasaran/Kepesertaan BPJS Kesehatan Kota Surabaya
2. Bapak/Ibu Y Pegawai BPJS Kesehatan Kota Surabaya
3. Bapak/Ibu Z Pemilik/HRD Perusahaan Swasta di Kota Surabaya.

4.6 Teknik Pengumpulan Data

Sugiyono (2010, h.156) membagi teknik pengumpulan data melalui tiga cara yaitu dilihat dari *setting*, sumber dan cara. *Setting* dijelaskan dengan data yang dikumpulkan dengan metode eksperimen, diskusi atau melalui seminar. Bila dilihat melalui sumber datanya, maka pengumpulan data dapat menggunakan sumber data primer maupun sumber data sekunder. Selanjutnya, apabila dilihat dari segi cara maka teknik pengumpulan data dilakukan dengan interview

(wawancara), observasi (pengamatan), kuisisioner (angket) dan gabungan ketiganya.

Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dengan teknik *snowball* dengan alasan tidak sepenuhnya dipahami tentang objek penelitian. Cara memperoleh informan dengan teknik ini yang pertama adalah dengan menentukan *gatekeeper* yang paham tentang objek penelitian yang dapat membantu selama penelitian ini sekaligus orang pertama yang diwawancarai untuk melengkapi informasi yang didapatkan. Selanjutnya, menggunakan metode pengumpulan data kualitatif, yaitu meliputi wawancara mendalam, dokumentasi, observasi, dan studi literatur.

1. Wawancara mendalam (*in depth interview*)

Wawancara ialah cara untuk menggali informasi, pemikiran, gagasan, sikap dan pengalaman para pakar dan praktisi. Sebagaimana penelitian kualitatif maka digunakan metode wawancara mendalam (*in depth interview*) dengan informan yang memiliki pengetahuan yang berkaitan dengan penelitian ini. Proses wawancara ini dilakukan dengan cara terbuka dimana informan mengetahui kehadiran peneliti yang melakukan wawancara di lokasi penelitian menggunakan pedoman wawancara dan *recorder tools*.

2. Observasi

Observasi yaitu pengamatan secara langsung peneliti terhadap objek penelitian untuk mendapatkan fenomena kejadian peristiwa gambaran secara tidak langsung (Sukmadinata2005, h.220).

Observasi merupakan teknik pengumpulan data yang menggunakan pengamatan terhadap objek penelitian. Observasi dapat dilaksanakan secara langsung maupun tidak langsung.

Observasi yang dilakukan dapat diambil beberapa manfaat sebagaimana dikemukakan oleh Patton dalam Nasution, (2003: h.59-60) bahwa manfaat pengamatan adalah :

- a. Berada di lapangan lebih mampu memahami konteks data dalam keseluruhan situasi, jadi peneliti dapat memperoleh pandangan yang holistic dan menyeluruh.
- b. pengalaman langsung memungkinkan peneliti menggunakan pendekatan induktif,
- c. dapat melihat hal-hal yang kurang atau yang tidak diamati oleh orang lain, khususnya orang yang berada di lingkungan itu, karena dianggap 'biasa' dan karena itu tidak akan diungkapkan dalam wawancara.
- d. peneliti dapat menemukan hal-hal yang sedianya tidak akan diungkapkan oleh responder, dalam wawancara karena bersifat sensitive atau ingin ditutupi karena dapat merugikan nama lembaga.
- e. Peneliti dapat menemukan hal-hal yang diluar persepsi responder, sehingga peneliti memperoleh gambaran yang komprehensif.
- f. Dalam lapangan peneliti tidak hanya dapat melakukan pengamatan terhadap hal-hal yang terfokus.

3. Dokumentasi

Dokumentasi ialah pengumpulan data dengan menghimpun dan menganalisis dokumen-dokumen, baik dokumen tertulis, gambar maupun elektronik. Dokumentasi membantu dalam melengkapi data yang masih kurang juga berguna untuk menguji kebenaran dari suatu peristiwa yang digali melalui teknik wawancara. Studi literatur

Studi literatur adalah teknik penelitian yang dilakukan dengan cara mempelajari dan mengkaji buku-buku yang ada hubungannya dengan masalah yang teliti untuk memperoleh informasi teoritis yang berkaitan dengan masalah penelitian. Teknik ini dilakukan dengan cara membaca, mempelajari buku-buku dan sebagainya. Hal ini dimaksudkan untuk memperoleh data teoretis yang dapat mendukung kebenaran data yang diperoleh melalui penelitian dan menunjang pada kenyataan yang berlaku penelitian. Faisal (1992, h.30) mengemukakan bahwa hasil studi literatur bisa dijadikan masukan dan landasan dalam menjelaskan dan merinci masalah-masalah yang akan diteliti; termasuk juga memberi latar belakang mengapa masalah tersebut penting diteliti.

4.7 Keabsahan Data

Cresswell dan Miller (Cresswell, 2009: h.191) berpendapat bahwa *“validity on the other hand is one of the strength of qualitative research and it is based on determining whether the findings are accurate from standpoint of the researcher, the partisipant, or the reader of an account”* (Validitas, pada sisi lain adalah salah satu kekuatan riset

kualitatif dan itu didasarkan pada apakah penemuan tersebut akurat dari sudut pandang peneliti, peserta, atau pembaca dari suatu laporan).

Gibbs dalam Cresswell (2009, h.191) berpendapat bahwa *“qualitative validity means that the researcher checks for the accuracy of the findings by employeing certain procedures”* (Validitas penelitian kualitatif bermakna bahwa para peneliti melihat kemungkinan dengan memanfaatkan prosedur tertentu).

Licoln dan Guba (Moleong, 2009: h.324) yang dalam pemeriksaan tentang keabsahan atau validitas sebuah data menggunakan empat kriteria:

1. Kredibilitas (*Credibility*)

Penerapan kriterium derajat kepercayaan (kredibilitas) pada dasarnya mengganti konsep validitas internal dari non kualitatif.

Kriteria ini berfungsi untuk :

- a. Melaksanakan inkuiri sedemikian rupa sehingga tingkat kepercayaan penemuannya dapat dicapai.
- b. Mempertunjukkan derajat kepercayaan hasil-hasil penemuan dengan jalan pembuktian oleh peneliti pada kenyataan ganda yang sedang diteliti.

2. Keteralihan (*Transferability*)

Keteralihan sebagai persoalan empiris bergantung pada kesamaan antara konteks pengirim dan penerima. Untuk melakukan pengalihan tersebut seorang peneliti hendaknya mencari dan mengumpulkan kejadian empiris tentang kesamaan konteks. Dengan

demikian peneliti bertanggungjawab untuk menyediakan data deskriptif secukupnya jika ia ingin membuat keputusan tentang pengalihan data tersebut.

Dalam hal ini peneliti berusaha memberikan deskripsi yang terinci tentang bagaimana hasil penelitian bisa dicapai. Apakah hasil penelitian itu dapat diterapkan, akan diserahkan kepada pembaca atau pemakai. Bila pemakai melihat dalam penelitian ini ada sesuatu yang cocok bagi situasi yang sama sehingga masih perlu penyelesaian menurut keadaan.

3. Keberuntungan (*Dependability*)

Kriterium keberuntungan merupakan substansi istilah reabilitas dalam penelitian yang non-kualitatif. Realibilitas merupakan syarat bagi validitas, hanya dengan alat yang realibel maka akan dapat diperoleh data yang valid. Alat utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dan pembimbing. Oleh karena itu untuk menjamin keberuntungan dan kepastian penelitian maka yang perlu dilakukan adalah memadukan kriteria keberuntungan dengan kepastian, yakni dengan cara audit trail (memeriksa dan melacak) suatu kebenaran.

Dalam arti bahwa jika dua atau beberapa kali diadakan pengulangan suatu studi dalam kondisi yang sama dan hasilnya secara esensial sama, maka dapat dikatakan reabilitasnya.

4. Kepastian (*Confirmability*)

Kepastian ini sinonim dengan konsep objektivitas. Dalam penelitian non kualitatif menetapkan objektivitas dari segi kesepakatan antarsubjek. Ini berarti bahwa pemastian mengenai objektif atau

tidaknya suatu data tergantung kesepakatan antara subjek yang satu dengan yang lain.

4.8 Analisis Data

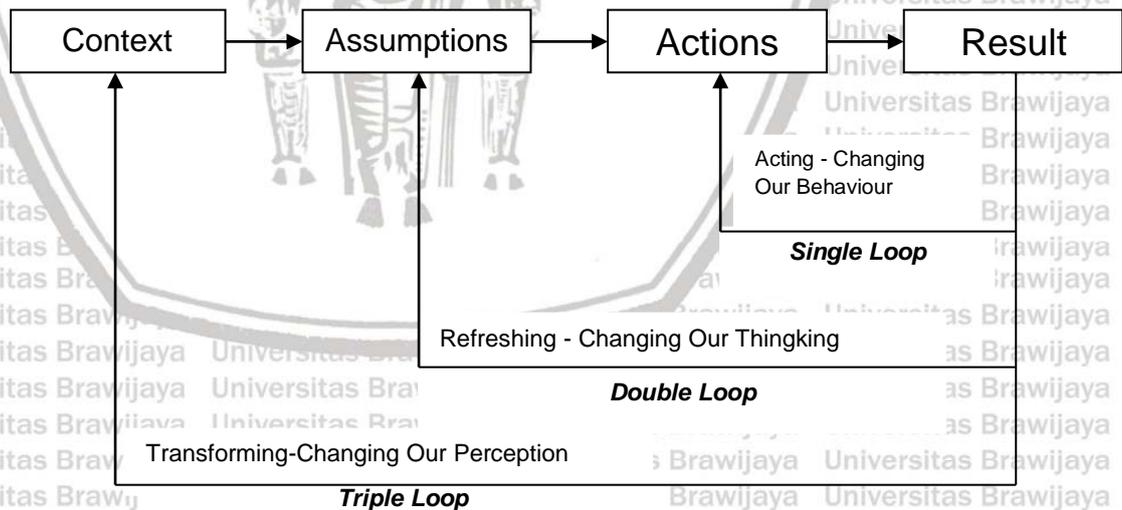
Dalam ranah filsafat, objek material filsafat administrasi adalah manusia dalam suatu kerja sama, dan objek forma (objek karena bentuk terjadinya) filsafat administrasi adalah keteraturan atau pengaturan (Farid Ali, 2004, h.1).Kajian-kajian besar ilmu admistrasi umumnya berkisar pada kajian strategi, teknologi, budaya, SDM (Sumber Daya Manusia), struktur organisasi, pengambilan keputusan, perubahan organisasi. Penelitian ini termasuk pada kajian strategi, budaya, perubahan organisasi yang melibatkan masyarakat sebagai sasaran dari suatu kebijakan. Sehingga analisis yang digunakan untuk memaparkan hasil penelitan menggunakan *organizational learning*.

Konsep *organizational learning* mengusung gagasan yang dapat dikategorikan sebagai model preskriptif untuk perubahan organisasional seperti *action science* dari Argyris. Tujuan utama dari *learning organization* adalah terjadinya pembelajaran menyeluruh baik pada tingkat *single loop*, *double loop*, maupun *triple loop learning*. Pembelajaran tingkat *single loop learning* terjadi ketika organisasi mampu memberikan solusi langsung terhadap masalah yang dihadapi, seperti target penjualan tidak tercapai, untuk itu dilakukan promosi. Sedangkan dalam *double loop learning*, masalah terletak pada perubahan mental model yang digunakan. *Double loop learning* mensyaratkan organisasi mengkaji terus menerus strategi, norma-norma, kebijakan dan prosedur atau *routines* melalui dialog dan juga

perdebatan, yang tujuannya lebih mengutamakan pada pertanyaan-pertanyaan yang benar daripada menemukan solusi yang benar.

Sementara *triple loop* dapat diartikan bebas dengan memahami belajar bagaimana belajar (*Learning about learning*). Kondisi analisis tingkat *triple loop learning* ini terjadi jika tingkat *single loop* dan *double loop* dilakukan dalam siklus berulang.

Penggunaan analisis *triple loop* pada penelitian ini dianggap sesuai dengan tema dan tujuan dari penelitian, yaitu mengevaluasi suatu kebijakan yang dituangkan dalam program yang dilaksanakan bersama-sama oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan untuk tenaga kerja dalam lingkup masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan. Secara singkat analisis *triple loop* digambarkan dalam bentuk diagram sebagai berikut :



Sumber : Argyris (1999)

Gambar 4.1 Analisis Triple Loop

Secara singkat, analisis data menggunakan *triple loop* dapat menjelaskan bagaimana masalah dan solusi saling terkait, bahkan bila dipisahkan secara luas oleh waktu dan tempat. Triple loop tidak hanya melihat bagaimana aksi dan asumsi yang dihasilkan dari suatu permasalahan dan diselesaikan, tetapi juga melihat konteks yaitu dari tujuan organisasi, hubungan antar struktur organisasi dan perilaku. Hal tersebut akan berlangsung secara *continue* seperti siklus.



BAB V

Hasil Penelitian dan Pembahasan

5.1. Data Hasil Penelitian

5.1.1. Gambaran Umum Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional pada BPJS Kesehatan Kota Surabaya.

BPJS Kesehatan Kota Surabaya merupakan salah satu cabang perwakilan di Jawa Timur. Bertempat di Jalan Dharmahusada Indah No 2 Mojo, Surabaya. Pelayanan BPJS Kesehatan kota Surabaya dibagi menjadi 2 (dua) kantor dengan dibedakannya kepesertaan. Sesuai dengan UU SJSN Nomor 40 Tahun 2004 kepesertaan adalah bagian penting dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Kepesertaan tersebut bersifat wajib dan mengikat dengan membayar iuran secara berkala seumur hidup.

BPJS merupakan transformasi dari perusahaan sebelumnya yaitu PT. Askes. Sebelumnya pemerintah sudah lebih dari 9 tahun menjalankan jaminan kesehatan untuk masyarakat sesuai dengan undang-undang. Pada tahun 1968, Pemerintah membuat kebijakan yang mengatur secara jelas tentang pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Pemerintah membentuk badan khusus dibawah naungan Departemen Kesehatan RI dengan nama BPDPK dan tersebut adalah awal mula asuransi kesehatan nasional. Demikian di jelaskan oleh informan dari BPJS Kesehatan:

“untuk awal sekali itu dulu namanya BPDPK (Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan) terus itu menjadi Perusahaan Umum

Husada Bhakti. Terus askes menjadi ASKES tahun 1992. Jadi kalau dari awal itu sudah 9 tahun untuk pelayanan kesehatan. Dan dari 1 Januari 2014 menjadi BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 itu memang harus transformasi dari Askes menjadi ke BPJS Kesehatan".(hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017)

Secara singkat sejarah lahirnya penyelenggaraan jaminan kesehatan dimulai pada tahun 1968, berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968, Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK). Pada Tahun 1984, dalam meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan secara professional, Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi PNS, Penerima Pensiun (PNS, ABRI, dan Pejabat Negara) beserta keluarganya. PP tersebut mengubah status badan penyelenggara menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti. Tahun 1991, terbit Peraturan Pemerintah Nomor 69 tahun 1991, kepesertaan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola Perum Husada Bhakti ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya, selain itu mulai menjangkau ke badan usaha dan badan lain dengan sifat peserta sukarela. Kemudian pada tahun 1992, berubahnya Perum menjadi Perusahaan Persero (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan. Hal tersebut diatur dalam PP Nomor 6 Tahun 1992, dengan tujuan kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri. Tahun 2005, PT Askes (Persero) sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005 sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM/ASKESKIN). Mulailah dari tahun 2014, tepatnya

pada 1 Januari, PT Askes Indonesia (Persero) berubah nama menjadi BPJS Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada presiden dan dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sesuai dengan perannya BPJS Kesehatan melayani program jaminan sosial dalam bidang kesehatan.

Sebelumnya dalam pelayanan kesehatan untuk tenaga kerja dijamin oleh PT. Jamsostek (Jaminan Kesehatan Tenaga Kerja). PT Jamsostek sendiri memiliki empat program layanan yaitu, Jaminan Hari Tua (JHT), Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Kematian (JK), dan Jaminan Pemeliharaan kesehatan (JPK). Hal tersebut telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja. UU ini juga menugaskan PT. Jamsostek sebagai pelaksana program Jamsostek di Indonesia dan dipertegas dengan PP Nomor 36 Tahun 1995 Tentang Penetapan Badan Penyelenggara Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja. Dalam UU No. 3 Tahun 1992 mengatur bahwa iuran atau premi JKM, JKK, dan JPK ditanggung seluruhnya oleh pemberi kerja, sementara iuran JHT ditanggung bersama oleh pemberi kerja dan pekerja.

Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan pada tahun 2014 maka pengalihan program jaminan kesehatan untuk tenaga kerja dialihkan dari PT. Jamsostek ke BPJS Kesehatan. Demikian halnya PT. Askes yang bertransformasi ke BPJS Kesehatan, maka PT. Jamsostek juga bertransformasi menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan. Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011

BPJS Ketenagakerjaan merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada presiden dan dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Hari Tua (JHT), Jaminan Pensiun (JP) dan Jaminan Kematian (JK). Hal tersebut dijelaskan oleh informan BPJS Kesehatan,

“Karena ada lima (pelayanan) Jaminan Hari Tua, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Pensiun, Jaminan Kematian, dan Jaminan Kesehatan. Lah dari empat ini dipegang oleh BPJS Ketenagakerjaan (JHT, JKK, JP, dan JKM). Dan satu Jaminan Kesehatan di pegang oleh BPJS Kesehatan”. (hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017)

Dari hasil wawancara tersebut jelas ada pembagian secara jelas mengenai program jaminan sosial dari masing-masing Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam menjalankan fungsinya.

5.1.2. Dasar Hukum

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dibentuk berdasarkan pasal 5 ayat (1) UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Oleh karena itu, tata Kelola BPJS Kesehatan tertuang dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang bersifat *mandatory* sebagai penyelenggara program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Selain Undang-Undang nomor 24 Tahun 2011 secara teknis pelaksanaan diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang tata cara pengenaan sanksi administratif bagi pemberi kerja selain penyelenggara negara dan setiap orang selain pemberi kerja, pekerja dan Penerima Bantuan Iuran.

5.1.3. Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional pada BPJS Kesehatan untuk tenaga kerja di Kota Surabaya tahun 2014 – 2016

5.1.3.1 *Input*

a. Sumber Daya Manusia dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional

Sumber Daya Manusia pelaksana BPJS Kesehatan diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Bab IV tentang Organ BPJS. Dalam Pasal 20 disebutkan bahwa Organ BPJS adalah dewan pengawas dan direksi. Tugas dan fungsi dewan pengawas dan direksi di jabarkan secara jelas di dalam undang-undang. Dewan Pengawas berfungsi melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS (pasal 22 ayat 1). Sedangkan direksi berfungsi melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin Peserta untuk mendapatkan manfaat sesuai dengan haknya.

BPJS Kesehatan KCU Surabaya dibagi menjadi 2 (dua) Kantor dengan alamat yang berbeda. Pertama, di Kantor Dharmahusada dengan pembagian pelayanan untuk peserta PBPU (mandiri) dan PPU (PNS, TNI, Polri, veteran maupun pensiun) sedangkan kantor kedua berada di Ruko Mega Galaxy mall dengan pelayanan dikhususkan pada peserta PPU dari Badan Usaha.

Informan dari BPJS Kesehatan telah menjelaskan tidak ada pelayanan yang berbeda antara kantor pertama dan kedua seperti berikut :

“..jadi secara umum segmen nya dibagi menjadi 2 PBI (Penerima Bantuan luran) dan Non PBI (Bukan Penerima Bantuan luran) dan dari Non PBI dibagi lagi menjadi PBPU, PPU dan Non Pekerja sama Pensiunan.kalo untuk PPU sendiri semuanya berkaitan dengan PBPU Sebenarnya jadi satu dia antara PBPU dan PPU Cuma kita pisahkan saja untuk PPU disini dan PBPU disana (dharmahusada)” .(hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017)

Telah disebutkan tidak ada perbedaan pelayanan dari BPJS Kesehatan KCU Surabaya antara kepesertaan PBPU dan PPU secara tempat maupun sarana dan prasarana. Kantor pelayanan BPJS Kesehatan dibedakan hanya karena kepesertaan terlalu banyak sehingga *overload* dan tidak memungkinkan untuk memberikan pelayanan yang nyaman kepada peserta yang berkepentingan dengan BPJS Kesehatan.

“..loadnya terlalu banyak untuk bidangnya namanya PPK (Perluasan Peserta dan Kepatuhan) itu sama sebenarnya bukan hanya mengurus tentang PPU aja, tetapi mengurus PBPU juga iya, Cuma tempatnya aja yang dibedakan. Kalo di Kantor Cabang-Kantor Cabang yan lain itu jadi satu tempatnya”.(hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017).

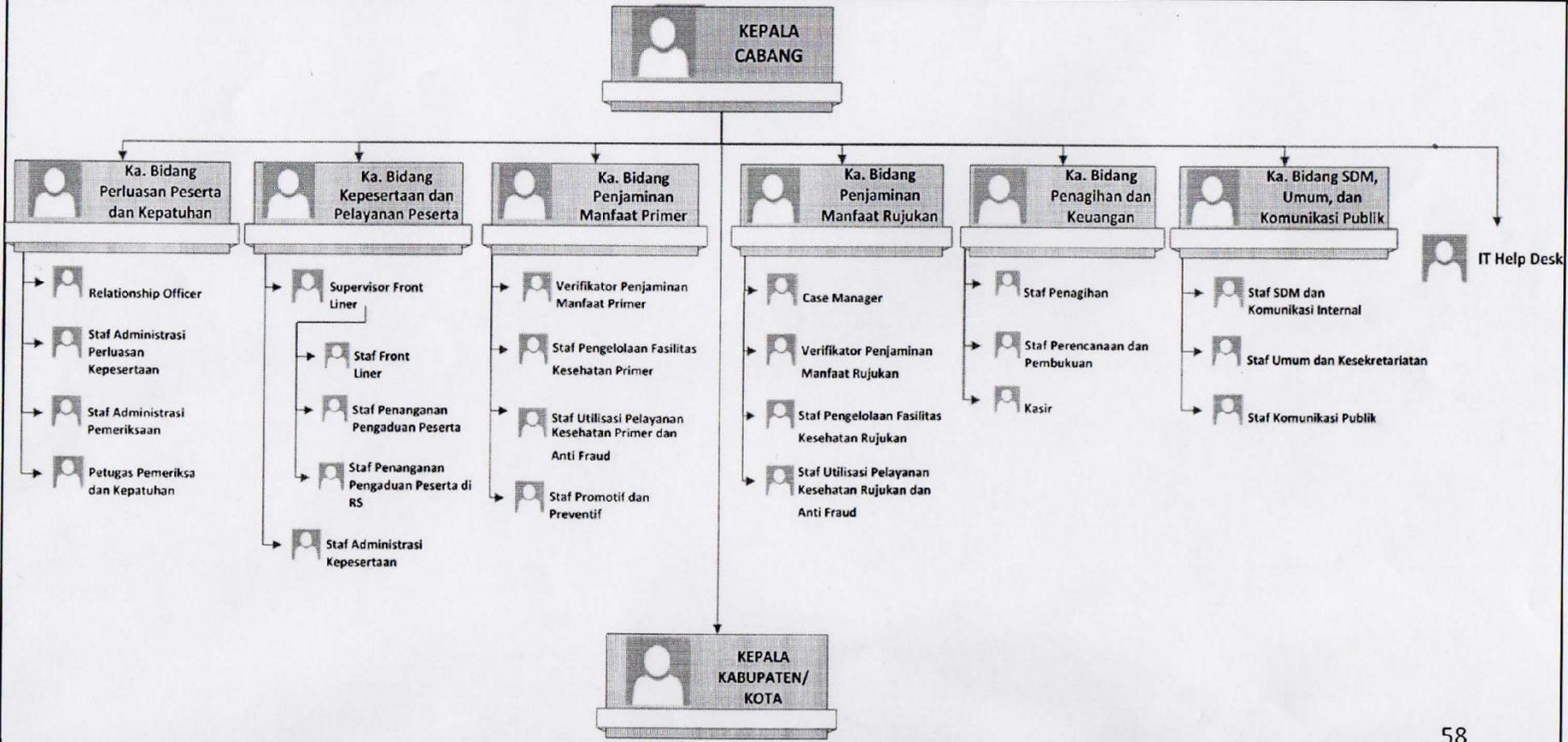
Keberadaan kantor yang terpisah tidak mengurangi kualitas pelayanan kepada peserta. Setiap pegawai memiliki kewajiban untuk melaksanakan tugas dan fungsi dalam memberikan pelayanan terbaik. Kepegawaian tertata sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang harus dijalankan sesuai struktur organisasi. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara struktur organisasi kantor cabang kota Surabaya dengan beberapa kantor cabang yang ada di Indonesia.



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

**STRUKTUR ORGANISASI
KANTOR CABANG**

KC



58

Sumber : BPJS Kesehatan

Gambar 5.1 Struktur Organisasi Kantor Cabang



Seperti struktur organisasi yang tergambar tersebut, setiap kantor cabang memiliki kepala kantor cabang dan membawahi 6 (enam) divisi dan bertanggung jawab langsung kepada kepala kabupaten/kota. Seluruh pegawai yang terbagi menjadi dua kantor dibawah satu struktur organisasi. Divisi yang terbagi menjadi 6 bagian saling terkait, meskipun berbeda tempat. Seperti informan dari BPJS Kesehatan menjelaskan,

“..ini yang berhubungan ya? Sebenarnya kalo divisi itu sama saja misalnya *nih* pendaftaran baru, itu hubungannya dengan PPK, kalo kepesertaan keluar masuk mutasi, ubah faskes hubungannya dengan KPP (kepesertaan dan Pelayanan Peserta), Pembayaran itu hubungannya dengan penagihan dan keuangan, BU menunggak, mau bayar, mau minta kuitansi itu di penagihan dan keuangan. lalu Kalo misalnya BU nya ini komplain ada permasalahan kok ga diterima saya di faskes pertama padahal aktif, itu di PMP (penjaminan manfaat primer) jadi dia ini punya aplikasi namanya aplicares, apakah aplicares ini tersendat, apakah jaringannya disana aktif padahal disini aktif kok disana tidak itu” (hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017).

Jadi sudah dijelaskan bagaimana peran masing-masing divisi sesuai dengan kebutuhan peserta.

Sebagian besar adalah pegawai perpindahan dari transformasi PT.

Askes menjadi BPJS Kesehatan. Sebagian lagi adalah hasil rekrutmen karyawan yang dilakukan setelah BPJS Kesehatan terbentuk pada tahun 2014.

“Langsung dari askes langsung jadi ke BPJS, otomatis. Ada rekrutmen tahun 2014 baru khusus BPJS Kesehatan, jadi ketika askes tahun 2014 transformasi itu kan dilebur/dimerger menjadi BPJS jadi kalo dulu berubah nama berubah tanggung jawab, kalau dulu *kan* mengurus TNI, Polri dan PNS diseluruh Indonesia. Untuk umum dulu ada namanya askes komersil, jadi *in health* itu bisa, tapi atas kemauan sendiri dan *ga* wajib jadi pesertanya sedikit dan pegawainya sedikit jadinya, jadi setelah BPJS kan mengurus seluruh Indonesia jadi kan membutuhkan rekrutmen baru dan tenaga baru plus yang lama-lama juga” (hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017).

Penjelasan tersebut memberikan gambaran bahwa transformasi BPJS

Kesehatan yang sebelumnya dari PT. Askes, pegawai tetap bekerja meskipun dengan nama lembaga yang berbeda.

Kepegawaian di BPJS Kesehatan terlihat dari segi manajemen, ada level manajerial, dan operasional. Untuk manajerial bertugas untuk memberikan pelayanan secara tidak langsung. Artinya mereka akan menangani *special case* dalam bentuk permasalahan yang lebih *urgent* bukan sebagai pemberi langsung pelayanan yang mengharuskan tatap muka secara teknis. Namun, tidak dipungkiri bahwa mereka tidak membatasi pelayanan, jika tim operasional membutuhkan tenaga secara langsung akan ikut membantu. Pembagian tugas juga dipertimbangkan oleh BPJS Kesehatan dari segi efisiensi dan efektifitas. Oleh karena itu tidak semua pegawai dari BPJS Kesehatan adalah pegawai tetap. Sebagian rekrutmen dilakukan untuk mencari pegawai tidak tetap (PTT) dengan sistem Perjanjian Kerja Waktu Tertentu (PKWT) seperti dijelaskan oleh informan dari BPJS Kesehatan.

“..jumlah SDM bisa minta dibagian Sumber Daya, yang saya tahu pekerja disini ada yang rekrutmen murni BPJS Kesehatan pada masa transformasi, yakni tahun 2014.namun beberapa ada juga dari pegawai ASKES menjadi BPJS Kesehatan. Selain itu ada PTT (Pegawai tidak tetap) dengan sistem PKWT perjanjian dengan BPJS Kesehatan, biasanya bertugas di bagian FO untuk melayani langsung dengan Badan Usaha” (hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017).

Pegawai Tidak Tetap yang dimaksud tersebut bekerja dengan sistem PKWT satu tahun dalam satu periode, dan dapat dilanjutkan masa PKWT nya jika pelayanan yang diberikan dapat dipertanggung jawabkan. Bagian divisi yang lebih banyak menggunakan PTT adalah pada bidang kepesertaan dan pelayanan peserta. Karena di bidang tersebut membutuhkan pelayanan untuk

menangani badan usaha yang ingin mendaftar baru maupun mendaftarkan anggota keluarga karyawan pada suatu perusahaan.

Jumlah pegawai secara total pada BPJS Kesehatan KCU Kota Surabaya diperkirakan lebih dari 100 orang. Pembagian lebih dari 20 orang PTT yang berada di *Front Office*. Jumlah pegawai dan data pegawai tidak dapat diberikan secara rinci dengan pertimbangan keselamatan pegawai, kerahasiaan dan untuk menghindari penyalahgunaan data untuk kepentingan pribadi. Hal tersebut diungkapkan oleh informan dari bagian SDM, Umum dan Komunikasi Publik.

“Jumlah SDM yang ada di KCU Surabaya dan yang melayani tidak dapat disebutkan dalam angka, dengan alasan bukan menjadi informasi publik. Namun struktur organisasi dapat dilihat di website BPJS Kesehatan” (hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017).

Telah dijelaskan bahwa pegawai BPJS Kesehatan memiliki kode etik dalam memberikan pelayanan dan kebebasan informasi. Sehingga tidak mudah untuk memberikan informasi selain yang terkait dengan informasi pelayanan publik dan pelayanan kesehatan yang menunjang informasi BPJS Kesehatan. Keterbukaan informasi publik pada BPJS Kesehatan di Surabaya sudah dibantu beberapa staff yang membantu dalam pelayanan. Salah satunya tersedianya layanan *front office*, *call center*, maupun secara elektronik berupa aplikasi dan website yang tersedia.

Badan usaha yang merupakan salah satu partner BPJS Kesehatan menjadi penerima layanan kepesertaan menjadi tolak ukur pesan atau komunikasi yang terjalin dapat berjalan dengan baik. Pada tahun 2014, masa transisi dari ASKES menjadi BPJS Kesehatan pegawai yang bertugas adalah pegawai askes dengan menggunakan *uniform* BPJS baru yang belum sempurna. Kepesertaannya adalah pengalihan dari Jaminan Kesehatan dari

PT. Jamsostek secara serentak berpindah ke BPJS Kesehatan. Dibantu dengan PTT, para Badan Usaha masih harus rekonsiliasi untuk mencocokkan data antara data yang dimiliki oleh PT Jamsostek. Informan dari badan usaha menjelaskan.

“awal dulu 2014, masih carut marut, terlihat terlalu dipaksakan untuk segera berubah, pegawai masih banyak yang bingung dalam menjawab pertanyaan dari kita, kepesertaan masih belum tertata, saya dulu harus bolak-balik kantor BPJS untuk memastikan jumlah karyawan telah sama dengan yang ada di perusahaan, karena terkait dengan iuran ya *mbak*.”
(hasil wawancara tanggal 19 September 2017)

Masa transisi tersebut memberikan penilaian kurang baik bagi BPJS Kesehatan yang baru berdiri, yang merasa dirugikan adalah badan usaha yang tidak hanya harus banyak meluangkan waktu mengantri di BPJS Kesehatan, tetapi juga pegawai BPJS Kesehatan pun masih belum yakin dengan informasi yang diberikan.

Berjalannya waktu, tahun 2015 SDM mulai tertata setiap datang ke kantor BPJS Kesehatan, sudah terdapat nomor antrian yang jelas dengan menggunakan sistem nomor. Antrian masih banyak sehingga pelayanan masih dikeluhkan oleh badan usaha yang hendak melaporkan atau mendaftarkan kepesertaan karyawan. Secara singkat dapat terlihat pada tabel berikut :

Tabel 5.1 Pelayanan BPJS Kesehatan dari indikator SDM.

Tahun	2014	2015	2016
SDM	Peralihan dari Pegawai PT. ASKES menjadi BPJS Kesehatan	Pegawai BPJS Kesehatan	Pegawai BPJS Kesehatan
Rekrutmen	PTT dan Pegawai Tetap	PTT dan Pegawai Tetap	PTT dan Pegawai Tetap
Pembagian Tugas dan Fungsi	Masih banyak peralihan fungsi dan ketidakjelasan tugas	Jelas, telah dibagi menjadi beberapa bagian.	Jelas, telah dibagi menjadi beberapa bagian. Setiap staff di pimpin oleh satu kepala bagian yang berada diruangan yang sama

Sumber : data diolah dari hasil wawancara dengan tenaga kerja badan usaha.

Informan dari badan usaha yang telah diwawancara secara *random* dengan pendekatan *purposive sampling* menjelaskan pelayanan informasi dan kualitas SDM telah membantu dalam memberikan informasi terkait dengan pelayanan kesehatan, sistem rujukan dan menjawab pertanyaan terkait pelaksanaan program BPJS Kesehatan. Namun beberapa menjelaskan bahwa masih tidak jelas dengan informasi yang telah diberikan oleh BPJS Kesehatan.

“membantu *sih*, tapi informasi yang diberikan terkadang tidak jelas, apa yang disampaikan sama BPJS, berbeda dengan keadaan di lapangan” (Hasil wawancara tanggal 19 September 2017).

Dalam wawancara tersebut disebutkan bahwa pegawai telah memberikan pelayanan informasi dengan baik, namun berbeda keadaan ketika informasi tersebut telah diimplementasikan dilapangan. Jadi kualitas SDM pada BPJS Kesehatan KCU Surabaya telah diperhatikan dengan baik, dengan adanya struktur organisas yang terarah, serta sistem rekrutmen yang profesional, dengan komitmen memberikan pelayanan yang terbaik kepada

peserta sehingga merekrut PTT dengan masa 1 tahun disesuaikan dengan kualitas yang telah diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan.

b. Dana (Pembiayaan) Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan di Kota Surabaya

Dana Jaminan Sosial termasuk dana Program Jaminan Kesehatan Nasional (UU Nomor 24 Tahun 2011, pasal 1 ayat (3)) adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial. Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar teratur oleh Peserta, pemberi kerja, dan atau pemerintah. Disebutkan bahwa pemberi kerja dan pekerja wajib membayar iuran untuk dihimpun agar mendapatkan manfaat dari jaminan kesehatan.

Pemberi kerja yang dimaksud disini adalah badan usaha yang memiliki usaha bersifat *profitability* atau mendapatkan keuntungan dalam penyelenggarannya. Tenaga kerja adalah perseorangan yang bekerja di perusahaan (badan usaha) dengan perjanjian tertulis dan mendapatkan hak serta kewajiban dalam menjalankan tugas dan fungsi yang disepakati oleh pemberi kerja. Hal ini berkaitan dengan kepesertaan dalam BPJS Kesehatan.

Peserta jaminan kesehatan secara umum dibagi menjadi 2 (dua), yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI) atau Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI). Pekerja termasuk dalam peserta Non PBI dengan kategori Pekerja Penerima Upah (PPU).

Telah disebutkan bahwa kepesertaan dalam Jaminan Kesehatan Nasional Bersifat Wajib. Sehingga tak terkecuali pemberi kerja maupun tenaga kerja.

“..sudah dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011, jika kepesertaan bersifat wajib, tidak terkecuali pemberi kerja dan pekerjanya” (hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017).

Sesuai dengan apa yang telah dijelaskan bahwa kepesertaan telah bersifat wajib sejak 1 Januari 2014. Pemberi kerja yang telah mendaftarkan jaminan kesehatannya pada Jamsostek, secara otomatis telah berpindah menjadi peserta BPJS Kesehatan, dan koreksi kepesertaan dan iuran dengan proses rekonsiliasi.

Pada pasal 15 ayat (1) disebutkan bahwa pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada BPJS sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti. Disebutkan bertahap, karena tujuan dari BPJS Kesehatan secara nasional adalah pencapaian *universal coverage* pada tahun 2019. Penahapan pendaftaran kepesertaan pekerja diatur dalam peraturan presiden. BPJS Kesehatan menyadari jumlah penduduk di Indonesia yang banyak menjadi kendala untuk mewujudkan *universal coverage*.

“Jadi sedikit berbangga untuk Program BPJS Kesehatan ini *Universal Coverage* itu Indonesia terbaik di dunia, dengan jumlah peserta terbanyak, coba liat Thailand, Jerman, itu tidak bisa mencapai *universal coverage* secepat Indonesia. Indonesia baru 5 th. Ini kita target 2019. Itu hal yang mustahil sebenarnya. Tapi untuk saat ini berjalan ini sudah 80jtan sudah angka yang besar” (hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017)

Dari hasil wawancara tersebut telah dijelaskan program BPJS Kesehatan yaitu menuju cakupan semesta JKN. Dalam tabel berikut digambarkan penahapan kepesertaan JKN



Gambar 5.2 Penahapan Kepesertaan JKN

Sumber: Perpres nomor 12 Tahun 2013 jo Perpres Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Jaminan kesehatan

Dari gambar diatas terlihat dimulai dari 1 Januari 2014 Peserta Penerima Upah termasuk dalam BUMN, Usaha Besar, Sedang, maupun kecil mulai berjalan. Selanjutnya usaha mikro pada awal 1 Januari 2016 sampai dengan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau biasa disebut mandiri targetnya adalah 1 Januari 2019 sudah tercakup dalam Jaminan kesehatan Nasional.

Kepesertaan kaitannya dengan dana yang didapat oleh BPJS Kesehatan, semakin banyak peserta maka dana yang dapat dimanfaatkan oleh BPJS Kesehatan semakin bertambah. Sesuai dengan laporan audit keuangan kenaikan pendapatan iuran tahun 2016 secara umum.

Dalam Triliun



Gambar 5.3 Jumlah Pendapatan Iuran

Sumber : Laporan Keuangan BPJS Kesehatan 2016

Kenaikan pendapatan iuran tersebut secara umum dengan arti bahwa sumber dari pendapatan iuran adalah dari peserta JKN BPJS Kesehatan secara umum.

1) Iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan

Iuran menjadi salah satu persyaratan untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan. Batasan pembayaran iuran telah ditetapkan dalam undang-undang. Iuran juga menjadi salah satu indikator penentu bahwa kepesertaan seseorang aktif atau tidak. Jika aktif, maka kartu JKN dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Jika tidak aktif, maka peserta diwajibkan untuk membayar iuran yang belum diselesaikan.

Sesuai dengan kepesertaannya pembayaran iuran dibagi menjadi dua. Yaitu peserta PBI dan peserta non PBI. Bagi peserta PBI, iuran dibayar oleh pemerintah, baik pemerintah daerah (dana APBD) maupun pemerintah pusat (dana APBN). Bagi Peserta penerima Upah, iurannya dibayar oleh Pemberi

Kerja dan Pekerja, dan Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dibayar oleh peserta atau pihak lain atas nama peserta.



Gambar 5.4. Skema Pembayaran Iuran Peserta JKN

Sumber : data diolah

Semua peserta wajib membayar iuran yang besarnya telah ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Bagi peserta Pekerja Penerima Upah berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu. Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (Paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.

Sesuai dengan Perpres No. 19 Tahun 2017 tentang perubahan kedua atas Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang perubahan kedua atas Perpres Nomor 12 Tahun 2013 besaran iuran perbulan yang harus dibayar sesuai

dengan jenis kepesertaan masing-masing dalam JKN dijelaskan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 5.2 Besaran iuran yang harus dibayar Peserta JKN

Sumber : Perpres No. 19 Tahun 2016

Peserta	Bentuk iuran	Besaran iuran	Keterangan
PBI	Nilai Nominal (perjiwa)	Mulai 1 Januari 2014 Rp. 23.000 (dibayarkan oleh pemerintah)	Rawat inap kelas 3
PNS/TNI/POLRI/ PENSIUN	5% (Perkeluarga)	2% dari Pekerja 3% dari Pemberi kerja	Rawat Inap Kelas 2
Pekerja Penerima Upah Selain PNS, dll	4,5% (Perkeluarga) 5% (Perkeluarga)	s/d Juni 2015 0,5% dari Pekerja 4% dari pemberi kerja Mulai 1 Juli 2015 1% dari Pekerja 4% dari Pemberi kerja	Rawat Inap Kelas 2
Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja	Nilai nominal (per jiwa)	Mulai April 2016 1. Rp.30.000 2. Rp.51.000 3. Rp.80.000	1. Rawat Inap Kelas 3 2. Rawat Inap Kelas 2 3. Rawat Inap Kelas 1

Tabel tersebut memaparkan jumlah iuran sesuai dengan klasifikasi kepesertaannya. Untuk tenaga kerja adalah pekerja penerima upah selain PNS, dan lain-lain dengan pembayaran 4,5% dari Upah Minimum Regional sesuai dengan masing-masing daerah. Hal tersebut telah dibenarkan oleh informan dari BPJS Kesehatan KCU Surabaya.

“..memang seperti itu. Untuk masalah UMK, kenapa kita harus lihat UMK dasar iurannya. Kita selalu menggunakan aspek legal. Legalnya itu apa, UU 13 tahun 2003 disebutkan pengusaha dilarang memberi upah dibawah minimum. Kalo kita menerima orang mendaftar Upah dibawah minimum, tanpa adanya persetujuan penangguhan UMK dari Gubernur, apakah kita juga mengiyakan menyetujui pelanggaran itu.” (hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017)

Sesuai dengan hasil wawancara diatas, maka benar jika ketentuan pembayaran iuran untuk tenaga kerja selain PNS adalah 4.5% dari

Upah Minimum Kota. UMK di kota Surabaya selalu mengalami kenaikan setiap tahun. Seperti daftar tabel berikut,

Tabel 5.3 Daftar UMK Surabaya Per-Tahun

	2014	2015	2016
UMK	Rp. 2.200.000	Rp. 2.710.000	Rp.3.045.000
Iuran	4,5%	4.5%	Per 1 Juli 2016 menjadi 5%
Jumlah yang harus dibayarkan per-tenaga kerja (per keluarga)	Rp. 99.000,-	Rp. 121.950,-	Rp. 152.250
Pelayanan Kesehatan	Rawat Inap Kelas 2	Rawat Inap Kelas 2	Rawat Inap Kelas 2

Sumber : Data diolah

Tabel tersebut merangkum bahwa kenaikan iuran setiap tahunnya atas keputusan peraturan gubernur jatim sebagai dasar bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk memungut iuran dari peserta tenaga kerja. Sesuai dengan Undang-Undang Ketenagakerjaan nomor 13 Tahun 2003 bahwa setiap pengusaha dilarang membayar upah lebih rendah dari upah minimum (pasal 90 ayat 1).

Pembayaran yang harus dibayarkan sesuai dasar upah minimum tersebut diberikan pelayanan kesehatan rawat inap kelas 2, namun tidak menutup kemungkinan bagi tenaga kerja yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan kesehatan kelas 1, maka harus membayarkan sejumlah iuran yang menjadi aturan dalam BPJS Kesehatan. Informan dari BPJS Kesehatan KCU Surabaya menjelaskan,

“sebenarnya yang dilaporkan ke BPJS itu kan gaji sebenarnya yang pekerja terima, makanya itu selalu dilampirkan dokumen kontrak yang mendukung, tetapi jika gaji yang diterima oleh pekerja UMR ya, masuk ketentuan kelas 2, kalau kelas 1 itu apabila terdapat pekerja dengan gaji/upah dan tunjangan tetap di atas (lebih besar) dari 2 x PTKP K/1,

maka dasar perhitungannya tetap menggunakan 2 x PTKP K/1 sebagai batas atas potongan iuran”(hasil wawancara tanggal 2 Desember 2017)

Hasil wawancara menyebutkan bahwa gaji/upah yang diterima oleh tenaga kerja itu yang menjadi dasar pembayaran iuran untuk Pekerja Penerima Upah. Sehingga laporan yang diterima oleh BPJS Kesehatan seharusnya adalah laporan *real* dari Badan Usaha. Apabila Pekerja menerima lebih dari UMR termasuk tunjangan tetap lebih besar dari 2 kali Penghasilan Tidak Kena Pajak maka berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan kelas satu.

Pembayaran iuran untuk Pekerja Penerima Upah yang menentukan kelas pelayanan kesehatan untuk rawat inap. Untuk tenaga kerja kelas pelayanan kesehatan hanya terbagi menjadi dua kelas sesuai dengan ketentuan Gaji yang diterima dipotong sesuai dengan ketentuan yaitu 5% dengan 4% dibayarkan oleh pemberi kerja dan 1% dibayarkan oleh pekerja. Peserta BPJS PPU Karyawan tidak bisa memilih kelas sesuai dengan yang diinginkan karena hak kelas sangat tergantung sekali pada besar kecilnya gaji yang bersangkutan atau golongan pangkat. Bisa saja hak atas kelas di *upgrade* misal dari kelas 2 menjadi kelas 1, namun gaji harus memenuhi.

“jadi, kalau masih ingin naik kelas satu, walaupun gaji tidak sesuai yaitu harus menjadi peserta BPJS mandiri (PBPU), dengan menjadi peserta BPJS mandiri anda bisa memilih kelas bpjs sesuai dengan yang anda inginkan, dengan catatan seluruh anggota keluarga yang terdapat di dalam KK harus didaftarkan dan hak atas kelas yang dipilih harus sama”(Hasil wawancara tanggal 2 Desember 2017)

Hasil wawancara dari informan BPJS Kesehatan tersebut menjelaskan bahwa jika ingin peningkatan kelas pelayanan, maka caranya adalah mengubah jenis kepesertaan dari Peserta Penerima Upah menjadi Peserta Bukan Penerima Upah (Mandiri).

Bagi perusahaan atau Badan Usaha yang ingin mendaftarkan karyawan ke BPJS Kesehatan, namun tidak mampu membayarkan sesuai dengan UMR yang berlaku masih dapat di-cover oleh BPJS Kesehatan. Berikut kutipan wawancara dengan informan dari BPJS Kesehatan,

“Karena kami menerima dibawah UMK gpp tapi dilihat aspeknya, tapi ada legal aspeknya, kasih kami surat penangguhan dari Gubernur. Karena semua sudah ada jalurnya, kalo anda kurang mampu di Kepmenaker no 231 th 2013 anda bisa mengajukan penangguhan UMK”(Hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Kutipan wawancara tersebut menjelaskan bahwa tidak ada batasan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan meskipun perusahaan/badan usaha tidak mampu membayar tenaga kerja sesuai dengan UMK, tetapi dengan melampirkan dokumen legal berupa surat penangguhan dari Gubernur.

“Orang kan sebenarnya males aja, untuk mengurus itu, sebenarnya bisa untuk usaha kecil, coba diajukan, pasti kalo memang itu dilihat dari laporan laba rugi, neraca perusahaannya itu dilihat dari laporan fisiknya, terus pekerjanya mau digaji dibawah UMK da nada persetujuannya pasti akan di ACC. Jadi perusahaan mengeluh, BPJS itu harus UMK, kalo anda tak sanggup maka ayo ajukan penangguhan UMK,” (Hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Informan dari BPJS Kesehatan menambahkan bahwa tidak ada batasan untuk usaha kecil yang belum mampu memberikan upah kepada pekerja sesuai dengan UMK, dengan syarat telah mengajukan surat kepada gubernur dan mendaftarkan badan usaha dan tenaga kerjanya dengan melampirkan surat penangguhan dari Gubernur tersebut.

Jadi pelayanan kesehatan yang didapat oleh peserta Pekerja Penerima Upah adalah sesuai dengan ketentuan kelas yang dibayarkan sesuai iuran, dan potongan iuran didapatkan dari gaji/upah yang dibayarkan setiap bulan dengan persentase masing-masing. Tidak ada pembatasan bagi badan usaha kecil yang masih belum mampu dalam membayar gaji kurang dari UMK jika badan

usaha mampu menunjukkan surat penangguhan pembayaran upah sesuai UMK dari Gubernur kepada BPJS Kesehatan.

Dari sisi badan usaha yang telah diwawancarai, 20 orang menjawab mengetahui dasar pembayaran iuran untuk tenaga kerja adalah UMK.

Rangkuman wawancara dari salah satu badan usaha.

“iya, saya sudah tahu sejak jamsostek berjalan jadi di BPJS Kesehatan tinggal melanjutkan” (Hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Hasil wawancara diatas mewakili beberapa perwakilan badan usaha yang menjawab sama, karena badan usaha sudah menggunakan jamsostek untuk jaminan kesehatan. Ketentuan di jamsostek sama dengan BPJS kesehatan, yaitu dasar potongan iuran yang dibayarkan adalah dari gaji yang diterima dan paling minimum adalah tenaga kerja yang digaji UMK.

2) Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan

Iuran yang sudah disetorkan ke BPJS Kesehatan melalui rekanan yang telah ditunjuk oleh BPJS Kesehatan dikolektif dan langsung tersetor pada BPJS Kesehatan pusat. Informan dari BPJS Kesehatan KCU Surabaya menjelaskan bahwa

“Jadi iurannya yang masuk, itu seluruhnya akan masuk ke uang negara bukan BPJS Kesehatan terpusat, tidak ada teregional, jadi semuanya terpusat. Tapi tetap dihitung per bulannya berapa sih, lah kalo kita meminta uang itu berbeda.” (Hasil wawancara tanggal 5 November 2017)

Penjelasan tersebut memberikan arti tidak ada dana iuran yang terkumpul di kota, maupun kantor cabang, tetapi untuk berapa jumlah peserta yang telah membayar kantor cabang akan terverifikasi oleh kantor pusat. Pembagian dana yang ada untuk BPJS Kesehatan dijelaskan kembali bahwa,

“Tapi dana itu ada 2, dana BPJS dan dana Operasional diluar iuran ya. Dana DJS (Dana Jaminan Sosial) itu iuran yang masuk, BPJS itu uang operasional, itu bukan uang iuran, orang-orang *kan* bilangnya pantesan bangkrut itu harusnya dikurangin gaji pegawainya padahal itu bukan uang iuran. Ada 2 Dana DJS dan Operasional. (Hasil wawancara tanggal 5 November 2017)

Hasil wawancara tersebut mengkonfirmasi bahwa dana pada BPJS Kesehatan terbagi menjadi 2 (dua) ada dana Jaminan Sosial, yaitu untuk memberikan manfaat jaminan kesehatan kepada peserta, dan ada dana operasional yang digunakan untuk kebutuhan operasional BPJS Kesehatan termasuk dalam gaji dan belanja pegawai.

Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 disebutkan Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional program Jaminan Sosial. Prosesnya dari iuran menjadi DJS dijelaskan sebagai berikut oleh informan dari BPJS Kesehatan,

“Dana DJS itu dari iuran terus nanti setiap tanggal 15 *kan* kapitasi, nah itu kita narik kepesertaan, berapa jumlahnya nanti dilaporin ke keuangan minta dana, baru dikirim ke pusat. Jadi pengelolaannya itu adalah pengelolaan pembagiannya aja. Jadi di Surabaya, *misal* ada 1000 faskes tingkat pertama. setelah dihitung dilaporkan sekian dan butuh sekian, Nanti dilaporkan sekian, nanti ditransfer sekian, jadi dikeuangan itu transfer-transfer ke rekeningnya faskes, begitu juga rumah sakit sehabis klaim.”

Dari wawancara tersebut dijelaskan bahwa BPJS Kesehatan berperan dalam pembagian dana iuran sesuai dana kapitasi yang telah dilaporkan oleh fasilitas kesehatan.

Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi untuk Peningkatan Mutu Layanan Tingkat Pertama (Perpres No. 32 Tahun 2014). Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP

berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

“Kapitasinya juga itu diatur semua di permenkes. Kami BPJS hanya mengatur teknisnya, jadi misalnya aturan yang di permenkes tarif kapitasinya puskesmas 10.000, 10.000 untuk klinik/puskesmas, covernya itu ada 3 ada dokter giginya, pakenya itu sekian hari, 24 jam, ada kriterianya, kami bagian ininya aja verisialing namanya, atau verifikasi jadi ini ada, ada, ada, oh iya puskesmas A dapat kapitasinya 10.000 terus puskesmas B, kurang ini” (Hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Wawancara tersebut menjelaskan BPJS Kesehatan hanya bertugas sebagai verifikator yang menerima jumlah kapitasi disetiap FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Tarif kapitasinya telah diatur dalam peraturan kementerian kesehatan.

3) Sanksi Iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan memiliki fungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Salah satu tugasnya adalah memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan Pemberi Kerja (UU No 24 Tahun 2011 Pasal 10).

Badan usaha maupun pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti (pasal 15 ayat 1). Sanksi yang dikenakan bagi pemberi kerja yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dalam ayat 15 ayat 1 akan terkena sanksi administratif, berupa teguran tertulis, denda, dan/atau tidak mendapatkan pelayanan publik tertentu.

Seperti yang dikemukakan oleh informan BPJS Kesehatan,

“Kami satu bidang, perluasan kepesertaan tetapi ada petugas pemeriksanya, di KCU Surabaya ada 4, Sanksi itu ada 2, ada yang administratif, ada yang pidana. Yang administratif itu ada 3 kepatuhannya objeknya yang pertama pendaftaran, pemberian data yang lengkap dan benar, dan iuran. Itu objek kepatuhannya” (Hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Kutipan wawancara diatas menjelaskan adanya dua macam sanksi yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan KCU Surabaya sesuai dengan bidang yang menanganinya. Jika pemberi kerja tidak sesuai dengan 3 (tiga) objek kepatuhannya, maka akan dikenakan sanksi administratif.

Pemberian sanksi pembayaran iuran dimulai dari keterlambatan pembayaran iuran sampai dengan tidak membayar iuran sama sekali oleh badan usaha. Tenaga kerja setiap bulan akan dipotongkan dari upah yang diterimanya dikalikan persentase yang sudah diatur dalam UU no 24 tahun 2011. Apabila pemberi kerja menyalahi aturan tersebut, pekerja dapat melaporkan kepada BPJS Kesehatan atau kepolisian karena ketidakadilan dalam pungutan pembayaran iuran. Informan BPJS Kesehatan KCU Surabaya menyebutkan,

“Lah disini beda lagi, di pasal 19 ayat 1 2 itu ada kriterianya. Pemberi kerja wajib memotong iuran yang menjadi beban pekerjaanya dan dirinya dan disetorkan ke BPJS. Jadi ada beberapa unsur, yaitu memungut dan membayarkan. Memungut itu memotong dari pekerja dengan persentase yang sesuai dengan yang dibebankan. Sesuai dengan kewajibannya dia. Dan membayarkan yang menjadi beban dirinya yaitu 4% dan membayarkan ke BPJS Kesehatan, jadi ada 3 unsur. Jika ada salah satu unsur tersebut dilanggar maka masuk di pasal 55 barangsiapa yang melanggar pasal 19 ayat 1 2 dikenakan hukuman kurungan penjara paling lama 8 th atau denda paling banyak 1 milyar rupiah. Jadi sebenarnya kita kan tidak tau, di perusahaan itu seperti itu atau tidak, yang dilimpahkan kebagian kepatuhan dan hukum ini adalah yang ketahuannya tidak mendaftarkan atau belum mendaftarkan seluruhnya secara terang. Kalo untuk iuran kalo memang dia tidak membayar, itu bisa kita pake kejaksaan untuk menagihkan baru kena pasal 55. Tetapi untuk presentasinya tidak sesuai itu yang susah memang dan itu biasanya kalo disurabaya belum pernah, kalo dulu di pasuruan ada yang seperti itu serikatnya melaporkan ke polisi karena termasuk pelanggaran pidana” (Hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Pemberian sanksi bermacam-macam seperti yang dipaparkan oleh informan BPJS Kesehatan tersebut, bahwa kewajiban pemberi kerja dalam UU Nomor 24 tahun 2011 pasal 19 telah jelas, wajib memotong iuran yang menjadi

beban dirinya yaitu 4% dan dibayarkan ke BPJS Kesehatan. Jika hal tersebut tidak dilaksanakan maka dapat dikenakan hukuman sesuai pasal 55 yaitu kurungan penjara atau denda.

Pembayaran iuran pada Pekerja Penerima Upah adalah pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan yang dibayarkan oleh badan usaha. Apabila terlambat dalam pembayaran tidak ada denda, melainkan kenonaktifan kepesertaan Kartu JKN yang tidak dapat digunakan setiap bulannya. Informan BPJS Kesehatan menjelaskan,

“Ini tidak ada denda ya jika setelah tanggal 10 itu tidak ada denda sudah dihapuskan sesuai dengan Peraturan Presiden 19 tahun 2016 itu denda dihapuskan, jadi tidak ada denda lagi keterlambatan, jadi yang ada itu denda pelayanan” (hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Penghapusan denda tersebut seperti yang dijelaskan, baru dilaksanakan pada tahun 2016 setelah munculnya peraturan presiden nomor 19 tahun 2016.

Sebelumnya untuk peningkatan cakupan kepesertaan, dan meningkatkan jumlah pengelolaan dana iuran diterapkan denda bagi badan usaha yang terlambat membayarkan iuran setiap bulannya,

Selain penegasan dalam adanya sanksi BPJS Kesehatan juga menghitung kelebihan dan kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan dan kekurangan pembayaran iuran. BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan dan kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya.

5.1.3.2 Proses Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional.

a. Perluasan Kepesertaan untuk Peserta Penerima Upah Tenaga Kerja Swasta

Sesuai dengan penahapan kepesertaan pada Perpres Jaminan Kesehatan menetapkan perluasan kepesertaan PPU Non-PNS sebagai prioritas utama kepesertaan tahun 2014. Sebaran PPU dan keluarganya relative banyak dengan kondisi kesehatan yang relative sesuai dengan kondisi kelompok secara umum. Dengan alasan tersebut, perluasan kepesertaan JKN ini menjadi penting terkait adanya isu *adverse selection* dari pendaftar PPU yang baru mendaftar JKN ketika mengalami sakit. Jika optimal keikutsertaan peserta PPU dapat menutup resiko *adverse selection* yang terjadi. Hal ini adalah dasar utama asuransi sosial mensyaratkan kepesertaan wajib bagi setiap orang dalam kriteria kepesertaan.

Namun sayangnya, upaya perluasan kepesertaan PPU belum maksimal. Masih banyak badan usaha baru yang belum mendaftarkan dirinya dan pekerjanya ke BPJS Kesehatan.

Sampai dengan 30 Juni 2017, jumlah peserta BPJS Kesehatan Cabang Surabaya mencapai 2.367.449 jiwa. Termasuk didalamnya peserta yang didaftarkan dan dintegrasikan dengan program JKN-KIS oleh Pemerintah Kota Surabaya sebanyak 278.348 jiwa. Untuk jumlah perusahaan di Kota Surabaya lebih dari 10.000 perusahaan, jumlah tersebut diketahui dari daftar perijinan.

BPJS Kesehatan telah bekerja sama dengan PTSP dalam menjangking identitas perusahaan melalui perijinan. Baik perusahaan dengan pendaftaran

ijin baru ataupun dengan perpanjangan ijin. Sesuai dengan penjelasan dari pihak BPJS Kesehatan

“..jadi di BPJS Kesehatan itu ada 2 kerjasama, dengan pemda yang satu menggunakan peraturan yang berlaku, yang dengan pemda itu kita di PTSP jadi orang daftar baru/perpanjangan ijin datanya masuk di kita (BPJS Kesehatan) PTSP mulai dari tahun 2017. (hasil wawancara pada tanggal 3 November 2017)

Seperti yang dijelaskan tersebut diatas bahwa BPJS Kesehatan telah bekerja sama dengan pihak terkait untuk menjangring kepesertaan. Namun hal tersebut baru dilakukan pada tahun 2017.

Perluasan kepesertaan selain bekerja sama dengan PTSP perijinan di Surabaya, BPJS Kesehatan membentuk ARO (*Assisten Relationship Officer*), Informan BPJS Kesehatan menjelaskan,

“..yang dengan pemda itu kita di PTSP jadi orang daftar baru/perpanjangan ijin datanya masuk di kita (BPJS Kesehatan) PTSP mulai dari tahun 2017. Terus yang kedua ini seperti maketing, ARO (*Assisten Relationship Officer*) itu keliling Surabaya, dengan menanyakan kepada perusahaan kecil2 sudah terdaftar apa belum, jika ada yang sudah terdaftar di mandiri, kita arahkan ke PPU dengan persentase gaji, terkadang lebih murah PPU as disana,, kita juga jelaskan lebih murah masuk di PPU.(terkadang). Yang konvensional itu muter, yang satu di PTSP kita ada petugas disana dari situ baru keliling lagi. Itu di ditanya lagi, didatengin lagi dari data PTSP ijin baru atau pepanjangan.” (Hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Hasil wawancara tersebut menjelaskan bahwa data yang diperoleh PTSP maka dikumpulkan oleh petugas BPJS Kesehatan, untuk di *follow up* langsung oleh petugas ARO, dengan cara mendatangi satu persatu badan usaha, bertanya langsung sekaligus sosialisai tentang manfaat pentingnya mengikuti program Jaminan Kesehatan Nasional.

Pendaftaran kepesertaan bersifat wajib seperti yang telah dipaparkan dalam UU Nomor 24 Tahun 2011. Tidak terkecuali badan usaha dan tenaga

kerja yang ada di dalamnya. Pada pasal 4 di sebutkan BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip

- a. Kegotongroyongan
- b. Nirlaba
- c. Keterbukaan
- d. Kehati-hatian
- e. Akuntabilitas
- f. Portabilitas
- g. Kepesertaan bersifat wajib
- h. Dana amanat
- i. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta,

Untuk mempermudah badan usaha mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan, baik sebagai pemberi kerja yaitu badan usaha sendiri maupun mendaftarkan karyawannya. BPJS Kesehatan telah memberikan 2 (dua) cara, yaitu secara *online* dan secara konvensional (manual). Pertama, Secara *online* BPJS Kesehatan dapat mengakses website <http://bpjskesehatan.go.id/> dengan menyiapkan dokumen sebagai persyaratan.

Permasalahannya adalah ketika kurangnya koordinasi data, jika data telah terdaftar secara *online*, baik itu pendaftaran badan usaha baru, dan juga mendaftarkan secara manual, maka data yang terekam adalah *double* data.

Hal ini disampaikan informan BPJS Kesehatan KCU Surabaya.

“data badan usaha kami ada lebih dari 10.000 yang terekam, namun belum diketahui, apakah ada yang *double* daftar atau dia telah daftar, karena pergantian HRD atau perwakilan perusahaan jadi di daftarkan lagi, kami setiap minggu ada update data yang bekerja sama dengan lembaga perijinan, dari situ nanti di kroscek kembali oleh bagian pemasaran dan marketing (ARO) kami” (hasil wawancara tanggal 4 November 2017)

Hasil wawancara tersebut menjelaskan untuk menghindari *double* data, maka dari itu peran ARO untuk follow up data yang sudah diperoleh

diperlukan untuk memberikan kejelasan data kepesertaan berapa jumlah badan usaha yang ada di KCU Surabaya.

Kedua pendaftaran kepesertaan secara konvensional (manual) yaitu dengan cara perwakilan badan usaha datang ke kantor BPJS Kesehatan membawa dokumen persyaratan seperti fotocopy KTP, KK, Paspor, untuk anggota keluarga baru dapat membawa fotocopy surat nikah/akta kelahiran.

Setelah itu mengisi formulir sesuai dengan tujuan pendaftaran kepesertaan.

Data diproses oleh *front office* dan akan diaktifkan pada bulan berikutnya setelah pembayaran iuran. Pendaftaran secara manual ini telah berlangsung sejak transformasi PT ASKES ke BPJS Kesehatan yaitu per 1 Januari 2014.

Apabila badan usaha telah mendaftarkan kepesertaannya, maka jika menambahkan kepesertaan karyawan, dan anggota keluarganya bisa menggunakan kolom 37 sesuai dengan tujuannya melalui email lo.rungkut@bpjs-kesehatan.go.id. Kemudahan ini menghemat waktu dan tenaga karena perwakilan badan usaha, tidak perlu datang dan mengantri ke kantor BPJS Kesehatan. Seperti yang dikemukakan oleh informan dari badan usaha berikut,

“saya (perusahaan) telah mendaftar dari sebelum adanya BPJS Kesehatan tahun 2010 an mengikuti jaminan kesehatan JAMSOSTEK, ketika BPJS Kesehatan pertama kali di luncurkan, mau tidak mau harus mengikuti program pemerintah. Awalnya memang ribet secara manual, tapi saat ini saya menggunakan kolom 37 untuk mendaftarkan pekerja, maupun mutasi ataupun tambahan anggota keluarga, jadi tidak perlu kesini, dan antri sebanyak ini, kebetulan saya kesini untuk cetak kartu, karena secara online kita hanya akan mendapatkan e-id sementara,” (hasil wawancara tanggal 10 November 2017)

Badan usaha merasa terbantu jika menggunakan pendaftaran secara online, namun terkadang jika melalui email, akan menunggu konfirmasi dari

pihak BPJS Kesehatan untuk diverifikasi, dan jika ada *miss* komunikasi biasanya akan membutuhkan waktu yang lama.

Kewajiban badan usaha/pemberi kerja untuk mendaftarkan diri dan pekerjaannya sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan tertuang pada UU nomor 24 Tahun 2011 pasal 15 ayat (1) dan (2). Pemberi kerja juga wajib memungut iuran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan pasal 19 ayat (1). Dan pasal (2) menyebutkan bahwa pemberi kerja wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS. Jika ketentuan tersebut dilanggar maka sanksi akan diberikan kepada badan usaha. Informan BPJS Kesehatan menjelaskan,

“Jadi kita itu ada 2 (dua) imbauan atau peringatan, itu untuk yang masih preventif (peringatan) jika tidak diindahkan ada tindakan baru masuk ke PP 86 yang tadi saya bilang, ada teguran 1, 2 denda dan sanksi administratifnya, jadi kalo memang kalo sudah tidak diindahkan juga, akan dilimpahkan ke kami. Kami satu bidang, perluasan kepesertaan tetapi ada petugas pemeriksanya, di KCU Surabaya ada 4, Sanksi itu ada 2, ada yang administratif, ada yang pidana. Yang administratif itu ada 3 kepatuhannya objeknya yang pertama pendaftaran, pemberian data yang lengkap dan benar, dan iuran. Itu object kepatuhannya. Pendaftaran dan penyampaian data yang benar itu masuk dalam PP 86 kalo iuran masuk pasal 19 ayat 1 2 juncto pasal 55 UU BPJS ini sudah diatur disana. Jadi ini istilahnya tindak pidana khusus, kenapa khusus karena diatur lagi diluar KUHP.”

Kutipan wawancara tersebut menjelaskan bahwa telah jelas ada sanksi jika badan usaha tidak melaksanakan kewajibannya sebagai pemberi kerja sesuai dengan Undang-Undang. Pada implementasinya masih terdapat badan usaha yang tidak melaporkan sesuai dengan ketentuan. Ketentuan yang dimaksud disini adalah hak pekerja dari pemotongan iuran yang telah ditetapkan BPJS Kesehatan.

Sesuai dengan perpres nomor 19 tahun 2016 tentang perubahan kedua atas perpres nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. pembagian

potongan pemberi kerja dan pekerja dibagi menjadi 4% ditanggung oleh pemberi kerja dan 1% dibebankan oleh pekerja. Tetapi karena perusahaan merasa keberatan dengan jumlah potongan yang dibayarkan maka beban tersebut dibagi menjadi 2 (dua) atau bahkan dibebankan semuanya kepada pekerja. Jika ada permasalahan sedemikian rupa sanksi yang dikenakan kepada pemberi kerja tidak diproses selama tidak ada pengaduan dari tenaga kerja atas ketidakadilan tersebut. Informan BPJS kesehatan KCU Surabaya menjelaskan,

“Pemberi kerja wajib memotong iuran yang menjadi beban pekerjanya dan dirinya dan disetorkan ke BPJS. Jadi ada bbrp unsur, yaitu memungut dan membayarkan. Memungut itu memotong dari pekerja dengan persentase yang sesuai dengan yang dibebankan. Sesuai dengan kewajibannya dia. Dan membayarkan yang menjadi beban dirinya yaitu 4% dan membayarkan ke BPJS Kesehatan, jadi ada 3 unsur. Jika ada salah satu unsur tersebut dilanggar maka masuk di pasal 55 barangsiapa yang melanggar pasal 19 ayat 1 2 dikenakan hukuman kurungan penjara paling lama 8 th atau denda paling banyak 1 milyar rupiah. Jadi sebenarnya kita kan tidak tau, di perusahaan itu seperti itu atau tidak, yang dilimpahkan kebagian kepatuhan dan hukum ini adalah yang ketahuannya tidak mendaftarkan atau belum mendaftarkan seluruhnya secara terang. Kalo untuk iuran kalo memang dia tidak membayar, itu bisa kita pake kejaksaan untuk menagihkan baru kena pasal 55. Tetapi untuk presentasinya tidak sesuai itu yang susah memang dan itu biasanya kalo disurabaya belum pernah”.(hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Inti dari pemaparan diatas adalah, selama ini belum pernah ada laporan tentang ketidakadilan dalam potongan iuran untuk BPJS kesehatan. Selama tidak ada keberanian untuk melaporkan hal tersebut, maka tidak ada aksi dari BPJS Kesehatan untuk menindaklanjuti permasalahan itu. Karena BPJS Kesehatan menerima iuran dari badan usaha sesuai dengan jumlah peserta yang terdaftar, dan tidak mungkin mengecek satu persatu persentase pembagian iuran pada masing-masing badan usaha.

Dengan adanya sanksi yang tegas, maka diharapkan peluasan cakupan kepesertaan dapat terpenuhi, pastinya ditunjang adanya sosialisasi dari BPJS

secara intensif untuk menumbuhkan rasa kepercayaan dan kesadaran badan usaha untuk segera mendaftarkan diri ke program JKN.

b. Pelayanan Peserta Penerima Upah Untuk Tenaga Kerja Swasta

Bergulirnya program Jaminan Kesehatan Nasional berdampak pada pelayanan kesehatan masyarakat. Program JKN membuka akses lebih besar kepada masyarakat untuk mendapat jaminan pelayanan kesehatan. Secara bertahap, Program JKN pun terus berkembang pesat hingga kini dan bergerak menuju cakupan semesta. Secara nasional jumlah masyarakat yang telah mengikuti Program JKN mencapai 180 juta jiwa atau lebih dari 70% dari jumlah proyeksi penduduk Indonesia tahun 2017.

Tidak terkecuali perubahan jaminan kesehatan untuk tenaga kerja. Tenaga kerja yang termasuk dalam peserta penerima upah sebelum adanya program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan ditanggung oleh JAMSOSTEK. UU Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN telah memberikam jaminan sosial untuk tenaga kerja yang terdiri dari lima jaminan, yaitu JKK, JKM, JHT, JPK, dan JP. Setelah transformasi jaminan pemeliharaan kesehatan diserahkan ke BPJS Kesehatan.

Pelayanan kesehatan berubah, dari jaminan pemeliharaan kesehatan yang pada awalnya menggunakan sistem *reimbursment* sekarang menggunakan sistem kapitasi sesuai dengan fasilitas kesehatan yang dipilih oleh pekerja. Pekerja cukup menunjukkan kartu BPJS Kesehatan di fasilitas kesehatan yang ditunjuk dan tanpa mengeluarkan biaya sedikitpun. Informan perwakilan badan usaha menjelaskan,

“iya, sejak 2013 sudah terdaftar di jamsostek, perusahaan yang mendaftarkan, kalo jamsostek dulu berobat di klinik atau puskesmas kita bayar dulu sesuai dengan sakitnya apa, iya pakai tunjukkan kartu, setelah itu baru kuitansi pembayaran sakitnya kita klaimkan ke

jamsostek untuk diganti. Kalau BPJS Kesehatan kita hanya tunjukkan kartu BPJS, tunggu antrian, dan berobat sesuai sakitnya, tanpa membayar apapun.” (hasil wawancara 3 Desember 2017)

Sesuai hasil wawancara tersebut, alur pelayanan kesehatan yang digunakan untuk tenaga kerja berdasarkan yang *mengcover* berbeda. BPJS Kesehatan memberikan kemudahan untuk mendapatkan pelayanan, tanpa mengeluarkan biaya lagi. Tetapi dengan konsekuensi antrian yang panjang dan harus datang pagi jika ingin mendapatkan pelayanan yang cepat.

Pelayanan kesehatan pada BPJS Kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL). FKTP terdiri dari puskesmas, dokter pribadi, klinik pratama dengan menggunakan sistem pembiayaan kapitasi. Sedangkan untuk FKTL terdiri dari Rumah Sakit Daerah dan Swasta yang bekerja sama menggunakan sistem INA Cbgs. Jadi perubahan sistem pembiayaan berpengaruh pada sistem pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan.

Informan dari BPJS Kesehatan KCU Surabaya menjelaskan,

“Kalo pelayanan ini kan tenaga kerja. kalo untuk pelayanan itu pake INA Cbgs (*Indonesia Case Base Groups*) jadi kalo dulu itu kita sakit itu *fee for service*, jadi orang datang berobat, jadi dokternya itu caseless jadi dokternya itu pake perawatan A B C D dengan pengobatan ABCD gitu, tapi kalo sekarang itu menggunakan kapitasi dan INA Cbgs.” (hasil wawancara tanggal 30 November 2017)

Informan menjelaskan bahwa dulu pelayanan kesehatan menggunakan sistem *fee for service* (biaya untuk mendapatkan pelayanan) sehingga tenaga kerja yang ingin berobat dan mendapatkan pelayanan yang baik, maka dia harus membayar mahal. Dan sekarang pelayanan kesehatan menggunakan sistem kapitasi dan INA CBGs.

Perubahan paradigma dalam pola pelayanan BPJS Kesehatan bahwa dengan menggunakan sistem kapitasi akan menekan seseorang untuk tidak

lagi banyak berobat. Tapi faskes tingkat pertama berperan dalam pemenuhan kesehatan bagi tenaga kerja. Seperti yang dikatakan oleh informan BPJS

Kesehatan berikut,

“Jadi paradigmanya sekarang beda kalo dulu kan semakin banyak yang sakit jadi faskes dan dokter dapat banyak uang, jadi jeleknya berpikirmnya dokter mengharapkan banyak yang sakit kan, jeleknya kan seperti itu, dan bisa saja kan fee for service jadi semakin banyak yang sakit maka banyak yang berobat ke dokter. Sekarang kita ubah paradigmanya lebih ke pencegahan dan upaya preventif, jd misalnya ada program senam sehat, ada IVA atau papsmear itu untuk pencegahan dan preventivnya, dan fogging itu juga ada, jadi gimana caranya faskes, dokter, sama klinik dan puskesmas membuat semakin sedikit orang masuk ke faskesnya untuk berobat, kalo pasien sedikit kan keuntungan semakin besar, iya karena kita kan membayarnya kan kapitasi, jadi sakit dan tidak sakit itu kan dibayar, jadi kalo disurabaya minimal 10.000 paling, ada 10.000 dikalikan 10000 itu seratus juta itu perbulan ke faskes sakit tidak sakit pesertanya, kalo semakin banyak yang sakit, semakin banyak obat yang keluar, biaya dokter, dan operasional, dan capek juga dokter memeriksa kan berkurang untuk kapitasinya pembiayaannya. Tapi kalo dia (faskes TKI) pake pencegahan seperti fogging, senam, pola hidup sehat, imbauan makanan sehat itu kan untuk masyarakat sekitar dan sedikit yang sakit apalagi atau kalo bisa tidak ada yang sakit kan mungkin full dapatnya 100 juta untuk pembiayaan preventive dan pencegahannya. Jadi polanya pemerintah adalah kesehatan.”(hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Hasil wawancara tersebut memberikan penjelasan bahwa perubahan paradigma untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, tidak hanya ketika dalam keadaan sakit. Namun yang sedang diupayakan adalah kegiatan preventif. Jadi perubahan paradigma dengan menggunakan sistem pembiayaan kapitasi dan INA CBGs tersebut memberikan dua keuntungan. Pertama keuntungan diperoleh tenaga kerja untuk jauh lebih sehat dan bugar/ tidak sakit, sedangkan kedua, puskesmas akan sedikit memeberikan pelayanan kesehatan, karena adanya pencegahan atau kegiatan preventif, sedangkan masyarakat mendapatkan keuntungan dengan menjadi hidup lebih sehat tanpa sakit.

Untuk mendapatkan pertanggungjanaan dari JKN, peserta tetap harus menerapkan prosedur yang berlaku, termasuk pelayanan berjenjang. Peserta harus membawa surat rujukan primer yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Di bawah ini adalah matrik koordinasi manfaat JKN.

Tabel 5.4 Matriks Koordinasi Manfaat JKN Tahun 2014

No	Pelayanan	Jenis Faskes	Kelas Perawatan	Penanggung Biaya	
				BPJS	Asuransi Kesehatan Tambahan
1	RJTP	Faskes BPJS	Standar	+	-
		Non Faskes BPJS	Standar	- Kecuali Gawat Darurat*)	+
2	RITP	Faskes BPJS	Standar	+	-
		Non Faskes BPJS	Standar	- Kecuali Gawat Darurat*)	+
3	RJTL	Faskes BPJS	Standar	+	-
			Naik kelas	-	+
		Non Faskes BPJS	Standar/ Naik Kelas	- Kecuali Gawat Darurat*)	+
4	RITL	Faskes BPJS	Standar	+	-
			Naik Kelas	+	+ Selisih
		Non Faskes BPJS	Standar**)	+	+ Selisih
			Naik Kelas	+	+ Selisih

Sumber : Direktorat pelayanan BPJS Kesehatan

Matrik tersebut menunjukkan koordinasi manfaat yang tidak dapat dilakukan untuk layanan rawat jalan tingkat lanjut. Koordinasi manfaat pelayanan rawat inap di RS kerjasama BPJS Kesehatan, berlaku apabila peserta meningkatkan hak kelas rawatnya. BPJS Kesehatan menjadi penjamin pertama dan selisihnya akan dibayarkan oleh asuransi kesehatan tambahan. Aplikasi INA-CBfs secara langsung dapat memisahkan biaya yang ditagihkan ke BPJS Kesehatan dan biaya yang akan ditagihkan ke asuransi tambahan.



Gambar 5.5 Mekanisme klaim koordinasi manfaat di Rumah Sakit

Faskes BPJS Kesehatan

Sumber : Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan, Kebijakan BPJS Kesehatan terkait COB, 2015

Gambar diatas menggambarkan mekanisme klaim koordinasi manfaat di rumah sakit faskes BPJS Kesehatan. Untuk pelayanan rawat inap tingkat lanjut di BPJS Kesehatan, berlaku untuk pelayanan sesuai hak kelas perawatan maupun jika terjadi kenaikan hak kelas perawan A. BPJS kesehatan menjamin biaya pengobatan sesuai dengan biaya INA CBG's di rumah sakit. Sedangkan asuransi kesehatan tambahan akan menanggung selisih biaya dari pengobatan tersebut. selanjutnya asuransi kesehatan tambahan akan mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan untuk menagihkan biaya yang menjadi kewajibannya.

5.1.3.3 Output/Hasil yang telah dicapai dari Implementasi Program JKN untuk

Tenaga Kerja di Kota Surabaya

Jaminan Kesehatan Nasional adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dilaksanakan bertahap oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menuju *Universal Coverage*. Hasil merupakan

bentuk-bentuk tujuan kebijakan dan program yang tercapai selama proses implementasi program JKN.

Mengacu pada WHO memberikan pedoman sebagai berikut, Pertama, seberapa besar persentase penduduk yang dijamin, kedua adalah seberapa lengkap pelayanan yang dijamin, dan ketiga seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung. Karena fokusnya adalah program JKN untuk tenaga kerja maka sebagai ukuran kinerja adalah pertama, seberapa besar jumlah kepesertaan tenaga kerja di BPJS kesehatan mulai dari tahun 2014 sampai dengan 2016. Kedua, seberapa lengkap pelayanan yang dijamin untuk tenaga kerja dan ketiga, seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh tenaga kerja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

a. Jumlah kepesertaan tenaga kerja di BPJS Kesehatan.

Kepesertaan tenaga kerja di BPJS kesehatan dapat diketahui dengan berapa jumlah badan usaha yang telah terdaftar di BPJS Kesehatan Kota Surabaya. BPJS KCU Kota Surabaya telah memberikan pelayanan dari tahun 2014 sampai dengan saat ini. Kepesertaan yang ditangani merupakan seluruh wilayah kota Surabaya. Dalam hal ini terbagi menjadi 31 kecamatan. Di setiap kecamatan diketahui beberapa badan usaha yang telah mendaftarkan pada BPJS Kesehatan. Terlihat dalam tabel berikut jumlah kepesertaan badan usaha dari tahun 2014 sampai dengan 2016.

Tabel 5.5 Daftar Jumlah badan usaha per kecamatan dari tahun 2014-2016

NO	NAMA KECAMATAN	TAHUN								
		2014			2015			2016		
		TOTAL	AKTIF	NON AKTIF	TOTAL	AKTIF	NON AKTIF	TOTAL	AKTIF	NON AKTIF
1	ASEMROWO	110	102	8	70	67	3	213	76	137
2	BENOWO	23	20	3	25	24	1	118	30	88
3	BUBUTAN	76	66	10	72	67	5	407	129	278
4	BULAK	14	11	3	10	9	1	49	8	41
5	DUKUH PAKIS	81	69	12	107	92	15	362	109	253
6	GAYUNGAN	93	80	13	87	84	3	184	46	138
7	GENTENG	143	130	13	142	132	10	384	115	269
8	GUBENG	148	136	12	130	124	6	530	171	359
9	GUNUNG ANYAR	49	39	10	46	43	3	160	36	124
10	JAMBANGAN	33	31	2	19	18	1	139	38	101
11	KARANG PILANG	1951	1079	872	28	25	3	128	25	103
12	KENJERAN	19	19	0	14	14	0	127	14	113
13	KREMBANGAN	134	127	7	101	92	9	268	74	194
14	LAKARSANTRI	17	14	3	28	25	3	132	18	114
15	MULYOREJO	62	59	3	58	55	3	348	90	258
16	PABEAN CANTIAN	148	138	10	110	101	9	473	131	342
17	PAKAL	6	6	0	11	10	1	57	7	50
18	RUNGKUT	102	95	7	107	96	11	373	82	291
19	SAMBI KEREK	26	20	6	24	24	0	154	20	134
20	SAWAHAN	70	67	3	72	61	11	339	77	262
21	SEMAMPIR	20	19	1	4	4	0	77	6	71
22	SIMOKERTO	28	27	1	25	25	0	199	39	160
23	SUKOLOLO	90	82	8	97	92	5	435	138	297
24	SUKOMANUNGGAL	90	80	10	78	72	6	339	67	272
25	TAMBAKSARI	54	50	4	51	47	4	445	94	351
26	TANDES	74	71	3	46	42	4	177	44	133
27	TEGAL SARI	130	119	11	115	107	8	201	63	138
28	TENGGILIS MEJOYO	143	127	16	92	82	10	244	91	153
29	WIYUNG	37	29	8	26	21	5	164	36	128
30	WONOCOLO	115	96	19	95	88	7	256	90	166
31	WONOKROMO	135	114	21	95	82	13	364	102	262
Jumlah		4221	3122	1099	1985	1825	160	7846	2066	5780

Dari tabel tersebut terlihat jumlah badan usaha mengalami fluktuatif, pada tahun 2014 adalah masa dalam transformasi Jaminan Kesehatan untuk tenaga kerja dari PT Jamsostek menjadi BPJS Kesehatan. Total jumlah badan usaha pada tahun 2014 adalah 4221 badan usaha yang tersebar di 31 kecamatan di Surabaya. Badan Usaha yang aktif dalam melakukan pembayaran, dan pendaftaran kepesertaan tenaga kerja dan aktifitas lain sebesar 3122 dan yang tidak aktif mencapai 1099. Pada tahun 2015 jumlah badan usaha mengalami penurunan yaitu 1985 dengan total keseluruhan badan usaha yang aktif sebanyak 1985 dan tidak aktif 160 badan usaha. Pada tahun 2016 kembali meningkat dengan total badan usaha sebesar 7846 dengan aktif dalam kepesertaan sebesar 2066 dan kenonaktifan hingga mencapai angka 5780 badan usaha.

Dari jumlah badan usaha telah di dapat berapa jumlah tenaga kerja yang telah menjadi kepesertaan BPJS Kesehatan. Berikut adalah jumlah tenaga kerja yang telah terdaftar menjadi peserta,

Tabel 5.6 Jumlah tenaga kerja yang terdaftar di Badan Usaha Tahun 2014-2016

	2014	2015	2016
Jumlah tenaga kerja aktif	470,403	289,062	52,817
Jumlah tenaga kerja tidak aktif	Tidak diketahui	Tidak diketahui	Tidak diketahui

Sumber : data diolah

Tabel tersebut menjelaskan bahwa penurunan angka kepesertaan dari badan usaha. Namun dalam jumlah badan usaha terlihat pada tahun 2016 mengalami kenaikan jumlah peserta yang mendaftar, setelah menurun pada tahun 2015. Ketika dikonfirmasi pada BPJS Kesehatan menjelaskan,

“jumlah badan usaha yang aktif pada tahun 2016 itu meningkat, tetapi mungkin belum keseluruhan mendaftarkan karyawan dan anggota keluarganya” (hasil wawancara tanggal 4 November 2017)

Berdasarkan kutipan diatas telah jelas, penambahan jumlah BU aktif tidak diikuti dengan jumlah tenaga kerja, karena dimungkinkan adanya mutasi tenaga kerja yang keluar, atau bisa juga karena badan usaha belum mendaftarkan tenaga kerja baru di BPJS Kesehatan KCU Surabaya.

Agar BPJS Kesehatan dapat melaksanakan tugasnya dalam memperluas kepesertaan, badan usaha diberikan kemudahan untuk mendaftarkan tenaga kerja melalui beberapa cara seperti yang dijelaskan oleh informan BPJS Kesehatan berikut ini,

“pendaftaran kepesertaan tenaga kerja sudah bisa menggunakan kolom 37 dan tanpa datang bisa email ke kami, kurang 24 jam kita pasti balas”(hasil wawancara tanggal 3 November 2017”

Hasil wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa, selain pendaftaran dengan cara *offline* yakni dengan mendatangi kantor BPJS Kesehatan KCU Surabaya, dapat juga dengan cara online melalui mendaftarkan dengan kolom 37 yang telah diisi dan dilengkapi persyaratannya. Dengan cara demikian BPJS Kesehatan berharap mampu meningkatkan jumlah kepesertaan bagi tenaga kerja, sehingga tujuan dari BPJS Kesehatan dapat tercapai.

b. Pelayanan kesehatan yang dijamin untuk tenaga kerja

Pelayanan kesehatan untuk tenaga kerja tidak dibedakan dengan peserta yang lain. Menurut Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 adalah Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan pelayanan kesehatan tingkat rujukan tingkat lanjutan (FKTRL). Informan BPJS Kesehatan menjelaskan bahwa,

“Saat ini BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Surabaya telah bermitra dengan 206 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama [FKTP], yang terdiri atas 63 Puskesmas, 35 dokter praktik perorangan, 10 dokter praktik gigi perorangan dan 98 klinik pratama” (hasil wawancara tanggal 4 November 2017)

Seperti yang dijelaskan diatas, BPJS kesehatan berusaha meningkatkan kerja sama fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Pengembangan fasilitas kesehatan diharapkan mampu memberikan kualitas pelayanan kesehatan untuk tenaga kerja dan menghindari adanya jumlah antrian bagi tenaga kerja yang ingin menggunakan jaminan kesehatan dari BPJS Kesehatan. Selain itu semakin meningkatnya jumlah kepesertaan badan usaha yang tersebar di seluruh wilayah kota Surabaya, maka diharapkan fasilitas kesehatan tingkat pertama mampu dijangkau oleh tenaga kerja di setiap wilayahnya. Secara tabel fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai berikut,

Tabel 5.7 Ketersediaan Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

No	Nama Fasilitas Kesehatan	Jumlah Tersedia
1	Puskesmas	63
2	Dokter Praktek Perorangan	35
3	Dokter Praktik Gigi Perorangan	10
4	Klinik Pratama	98
Jumlah FKTP		206

Sumber: data diolah

Keseluruhan jumlah tersebut menunjukkan bahwa terdapat 63 puskesmas di Surabaya yang tersebar dari 31 kecamatan. Selain pengembangan jumlah FKTP, BPJS Kesehatan meningkatkan kerja sama untuk FKTRL.

Jumlah FKTRL di Kota Surabaya berupa rumah sakit sebagai rujukan bagi tenaga kerja yang perlu ditangani secara spesialistik secara medis.

Berikut jumlah FKTRL yang tersedia untuk memberikan pelayanan kesehatan.

Tabel 5.8 Ketersediaan Jumlah FKTRL di Kota Surabaya

No	FKRTL	Jumlah Tersedia
1	Rumah Sakit Kelas A Pemerintah	3
2	Rumah Sakit Kelas B Pemerintah	5
3	Rumah Sakit Kelas B Swasta	6
4	Rumah Sakit Kelas C Pemerintah	3
5	Rumah Sakit Kelas C Swasta	11
6	Rumah Sakit Kelas D Pemerintah	4
7	Rumah Sakit Kelas D Swasta	5
8	Klinik Utama	4
9	Apotik	32
10	Optik	17

Sumber: data diolah

Jumlah FKTP dan FKTRL yang diharapkan selalu ditingkatkan dan diperluas tidak lepas dari permasalahan. Karena kualitas dari pelayanan kesehatan itu sendiri yang diharapkan oleh tenaga kerja dalam mendapatkan jaminan kesehatan sesuai dengan iuran setiap bulannya.

Beberapa badan usaha yang berhasil diwawancarai sebagai perwakilan tenaga kerja menjelaskan bahwa,

“masih terdapat antrian ketika menggunakan BPJS Kesehatan, beda dengan bayar umum, kadang kalau karyawan atau saya sendiri tidak tahan dengan sakit, saya lebih memilih umum saja, sudah tidak tahan sakit, sudah sakit harus antri, karena kan jadi satu ya, pelayanan BPJS Kesehatannya, kalau dulu kan pake JAMSOSTEK, kita tidak perlu begini, tinggal berobat nanti kuitansinya di reimburse ke Jamsostek.”
(hasil wawancara tanggal 14 November 2017)

Seperti kutipan wawancara tersebut bahwa tenaga kerja masih mengeluhkan sistem pelayanan BPJS Kesehatan pada tingkat pelayanan fasilitas kesehatan. Karena generalisasi pelayanan pada semua lini masyarakat, maka antrian pelayanan kesehatan tidak dapat dihindari. Bagi peserta BPJS Kesehatan yang ingin menggunakan kartu JKN di fasilitas kesehatan harus meluangkan waktu lebih banyak untuk mengantri dan mendapatkan pelayanan.

- c. Biaya langsung yang masih ditanggung oleh tenaga kerja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Jaminan Kesehatan Nasional yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Tabel 5.9 Perbandingan Kelebihan Asuransi Sosial dengan Asuransi Komersial

Asuransi Sosial	Asuransi Komersial
1. Kepesertaan Bersifat Wajib (untuk semua penduduk)	1. Kepesertaan Bersifat Sukarela
2. Non Profit	2. Profit
3. Manfaat Komprehensif	3. Manfaat sesuai dengan premi yang dibayarkan

Sumber : Jaminan Kesehatan Nasional

Asuransi kesehatan sosial lebih berpotensi mencakup seratus persen penduduk (Universal Coverage) dan relative dapat menekan biaya pelayanan kesehatan.

Penjelasan pasal 19 UU SJSN menyatakan bahwa yang dimaksud prinsip asuransi sosial adalah sebagai berikut:

1. Kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah.
2. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif
3. Iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan.
4. Bersifat nirlaba.

Prinsip ekuitas yang dimaksud adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Kesamaan memperoleh pelayanan adalah kesamaan jangkauan finansial kesehatan.

Dalam pasal 19 ayat 2 UU SJSN menjelaskan "jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan". Kebutuhan dasar kesehatan adalah kebutuhan layanan kesehatan yang memungkinkan seseorang yang sakit dapat sembuh kembali sehingga dapat berfungsi normal seusianya.

Biaya pelayanan yang dicover BPJS Kesehatan di fasilitas tingkat pertama adalah biaya kapitasi maksimal di puskesmas. Seperti yang dijelaskan informan BPJS Kesehatan berikut,

"Kapitasi nya juga itu diatur semua di permenkes. Kami BPJS hanya mengatur teknisnya, jadi misalnya di aturan yang di permenkes tarif kapitasinya puskesmas 10.000, 10.000 untuk klinik/puskesmas, covernya itu ada 3 ada dokter giginya, *pakenya* itu sekian hari, 24 jam, ada kriterianya, kami bagian ininya aja verisialing namanya, atau verifikasi jadi ini ada, ada, ada, oh iya puskesmas A dapat kapitasinya 10rb terus puskesmas B, kurang ini, Cuma ini, dapatnya 8rb perorang loh ya kalo dulu dokter dibayar Cuma seribu siapa bayar dokter seribu? Yaitu bayar dokter seribu, dikalikan aja sekarang, masa bayar 5.000 kalo pesertanya 10.000, kan pesertanya 10.000, dikalikan dari jumlah kapitasi." (hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Dari hasil wawancara tersebut dijelaskan bahwa dalam setiap peserta JKN yang telah membayar iuran telah mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pembiayaan tersebut dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan sistem kapitasi yang disesuaikan dengan jumlah kepesertaan pada faskes. Kapitasi tersebut diatur dalam Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 sebagai revisi permenkes no 19 tahun

2014. Iuran yang di oleh oleh BPJS Kesehatan dibayarkan untuk biaya kapitasi pada faskes tingkat pertama dan pelayanan tingkat lanjutan/faskes II.

Sedangkan biaya yang dicover oleh BPJS pada pelayanan tingkat lanjut/faskes II adalah biaya operasi seperti operasi Jantung, Caesar, Kista, Miom, Tumor, Odontektomi, Bedah Mulut, Usus Buntu, Batu Empedu, Mata, Bedah Vaskuler, Amandel, Katarak, Hernia, Kanker, Kelenjar Getah Bening, Pencabutan Pen, Penggantian Sendi Lutut, Timektomi dan Operasi Ginjal.

Pelayanan kesehatan yang dicover oleh BPJS Kesehatan dapat dimanfaatkan oleh semua peserta PPU yang telah membayar iuran setiap bulan. Peserta tidak perlu lagi mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan ketentuan sesuai dengan prosedur BPJS Kesehatan dan sesuai dengan indikasi medis sesuai dengan kelas perawatannya. Jika pekerja ingin meningkatkan pelayanan dapat berkoordinasi dengan FKTP dan FKTRL untuk meningkatkan kelas rawat inap dan membayarkan selisih diakhir perawatan yang telah dilakukan.

i. Faktor Pendukung dan Penghambat dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional pada tenaga kerja di Kota Surabaya.

Program Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan untuk memberikan keadilan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat Indonesia dengan sistem asuransi sosial. BPJS sendiri memiliki tujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan /atau anggota keluarganya, maka dari itu perlu diketahui faktor kendala dan pendukung terlaksananya program dari jaminan kesehatan nasional bagi peserta penerima upah (PPU) dari sektor

tenaga kerja swasta. Supaya dapat tercapainya tujuan dari program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Surabaya.

5.1.4 Faktor Pendukung dan Penghambat dalam Implementasi Program JKN pada Tenaga Kerja di Kota Surabaya

5.1.4.1 Faktor Pendukung

a. Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang Kompeten

Sumber Daya Manusia menjadi hal penting dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional. BPJS Kesehatan KCU Surabaya memiliki sumber daya manusia yang kompeten. Para pegawai BPJS terbagi dari beberapa divisi dan masing-masing divisi telah melaksanakan tugas dan fungsi sesuai dengan SOP.

“..karena kan kita semua ngikuti aturan perundang-undangan. Lah kalo kebijakan itu sebenarnya kan kalo hal-hal belum ada yang diatur atau ada aturan-aturan yang melenceng.lah untuk BPJS sendiri itu straight dengan peraturan perundang-undangan yang ada, seperti Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, perpresnya pertama di 12 tahun 2013 tentang BPJS Kesehatan diubah lagi 111,2013 diubah lagi 19, 2016 diubah lagi 28, 2016 jadi ada 3 kali perubahan dan keempatnya itu masih berlaku, seperti itu.”(Hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Dari hasil wawancara tersebut dimengerti bahwa pelaksanaan program JKN oleh BPJS Kesehatan berjalan lurus sesuai dengan peraturan yang berlaku, tak terkecuali pelaksanaan pelayanan oleh BPJS Kesehatan.

Sistem rekrutmen pegawai dipastikan adalah lulusan sarjana sebagai staff tenaga ahli, dan penempatan sesuai dengan bidang masing-masing.

Bagi lulusan hukum maka ditempatkan pada divisi perluasan kepesertaan dan kepatuhan. Karena perluasan kepesertaan dan kepatuhan akan berhubungan langsung dengan badan usaha yang notabene adalah perwakilan perusahaan di bidang SDM/HR yang berlatarbelakang mengetahui hukum dan ketenagakerjaan. Seperti informan dari BPJS Kesehatan menjelaskan,

“umumnya adalah Pegawai dari ASKES ya, tetapi ada rekrutmen baru setelah lahirnya BPJS pada tahun 2014, seperti saya, hehe.. rata-rata sesuai latar belakang pendidikan masing-masing, kalo untuk PTT, mungkin diperlukan keahlian untuk cepat menggunakan komputer, ramah, dan cakap dalam memberikan informasi” (hasil wawancara tanggal 4 November 2017)

Hasil wawancara tersebut menjelaskan bahwa kompetensi masing-masing pegawai telah diperhitungkan untuk pelaksanaan pelayanan pada BPJS Kesehatan. Untuk tenaga PTT dengan sistem PKWT juga melalui sistem rekrutmen yang professional, dan terdapat evaluasi dalam kinerja para PTT setiap tahunnya.

Secara eksternal yaitu dari hubungan kerja sama antar lembaga BPJS kesehatan dengan fasilitas kesehatan. SDM mencakup pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan seperti tenaga medis dan tenaga farmasi. BPJS Kesehatan menjelaskan,

“puskesmas dan klinik dari Jamsostek dulu masih ada yang kita pakai, ada juga dari ASKES, berupa dokter pribadi, namun kita evaluasi lagi berdasarkan kinerja mereka ya, sama minat peserta untuk memilih faskes tersebut. pemilihan faskes biasanya dengan menggunakan kredensialing, karena kita harus lihat dulu bagaimana dianya. Tidak langsung main ambil saja untuk kerja sama dengan kita (BPJS Kesehatan). pasti proses lah kredensialing dulu” (hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Jadi dapat dipastikan bahwa fasilitas kesehatan yang dipilih oleh BPJS Kesehatan adalah telah melalui sistem kredensialing. Seperti hasil wawancara tersebut, untuk tenaga medis seperti ijin dokter pribadi yang akan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, harus melalui proses kredensialing.

Hal tersebut telah menjadi alasan utama sebagai perintah Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan peraturan pelaksanaannya, serta mewujudkan jaminan tersedianya layanan dan mutu yang dipercaya oleh peserta.

Kredensialing adalah proses seleksi BPJS Kesehatan untuk bekerja sama dengan fasilitas kesehatan dalam sebuah ikatan perjanjian (kontrak). Kredensialing sendiri dilakukan untuk mengetahui kapasitas dan kualitas kesehatan yang akan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sehingga peserta dapat dilayani dan tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai. Kebijakan kredensialing memberikan jaminan kualitas pelayanan yang relatif sama kepada seluruh masyarakat Indonesia.

Perwakilan Badan Usaha juga menjelaskan bahwa, setiap informasi yang dibutuhkan kepada BPJS Kesehatan KCU Surabaya telah dijawab sesuai dengan pertanyaan yang diberikan. Artinya tenaga kerja dapat menerima informasi secara langsung ketika datang di kantor BPJS Kesehatan untuk badan usaha. Seperti salah satu informan dari badan usaha menjelaskan

“iya, sudah menjelaskan dengan baik selama kita bertanya tentang permasalahan yang terjadi pada perusahaan. Namun terkadang mereka menjawab berdasarkan peraturan, antara teori dan prakteknya sering berbeda, sehingga kita harus sering bertanya ke sini (BPJS Kesehatan), misalnya banyak karyawan kami yang sakit dan memilih faskes puskesmas, sedangkan ada beberapa puskesmas yang tidak 24 jam, itu dipilih mungkin yang lebih dekat dengan tempat tinggal ya mbak, tapi karena malam puskesmas tutup, dan tidak bisa berobat langsung kerumah sakit langsung, karena setau saya harus menggunakan rujukan jika ke faskes tingkat 2 (dua). (hasil wawancara tanggal 3 November 2017”

Wawancara dengan perwakilan badan usaha tersebut menjelaskan bahwa pelayanan BPJS Kesehatan KCU Surabaya telah membantu dalam mendapatkan informasi dan solusi dalam permasalahan yang terjadi di perusahaan mengenai BPJS Kesehatan. Beberapa perwakilan badan usaha memberikan penjelasan yang sama tentang pelayanan BPJS Kesehatan mengenai kualitas SDM.

b. Sistem informasi manajemen BPJS Kesehatan yang Memadai.

Sistem informasi manajemen menjadi hal yang penting dalam implementasi program jaminan kesehatan nasional. Karena program tersebut adalah program yang melibatkan banyak pihak, baik masyarakat, peserta, BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan.

BPJS telah melaksanakan sistem informasi manajemen berbasis komputer dan *online*. Sistem database kepesertaan menggunakan sudah terhubung sistem dispendukcapil dengan Nomor Induk Kependudukan KTP, dan Nomor KK yang menjadi dasar dalam pendaftaran kepesertaan.

Informan BPJS Kesehatan menjelaskan bahwa,

“tahun 2014 dulu, masih manual sistem pendaftaran kepesertaan. Sistem kita masih belum terhubung seperti sekarang, jadi serba manual. Namanya juga baru lahir ya masih belajar banyak hal termasuk sistem informasi manajemen. Tetapi dari tahun 2015, sampai dengan sekarang sistem sudah terhubung, jadi dari situ bisa terlihat tenaga kerja sudah pernah terdaftar, belum terdaftar, atau terdaftar dengan kepesertaan yang lain. Semua ter *record*’ (Hasil wawancara tanggal 3 November 2017).

Wawancara tersebut menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan telah memiliki sistem informasi manajemen yang baik yaitu menghubungkan sistem input data kepesertaan dengan data dispendukcapil secara lengkap. Sistem pendaftaran oleh badan usaha pun dibuat secara online dengan menggunakan sistem e-dabu. Sistem tersebut mempermudah perwakilan badan usaha untuk mendaftarkan tenaga kerjanya, namun dengan catatan yang bersangkutan belum pernah terdaftar di badan usaha lain, atau menjadi kepesertaan yang lain.

Sosialisasi penggunaan e-dabu sendiri baru dilaksanakan pada pertengahan 2016, dengan sistem yang belum sempurna. Sehingga lebih

dari 30 persen badan usaha belum mengerti dan masih bingung dengan penggunaan e-dabu.

“iya tahu, ada e-dabu, belum membantu lah ya, dia hanya bisa digunakan untuk cek kepesertaan saja, tidak bisa menambah dan mengurangi kepesertaan”(hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Seperti yang dikatatan badan usaha tentang sistem e-dabu belum dapat membantu dalam pendaftaran kepesertaan, maupun mutasi tenaga kerja dan fungsi yang lainnya, hanya dapat untuk cek jumlah kepesertaan saja, dan terkadang belum di update. Dikonfirmasi hal tersebut langsung ke pihak BPJS Kesehatan, mengatakan bahwa e-dabu merupakan sistem yang baru lahir, jadi masih perlu penyempurnaan lagi.

- c. Peningkatan kerja sama dengan lembaga lain untuk memperluas cakupan kepesertaan.

BPJS Kesehatan berusaha untuk mencapai tujuannya yaitu *universal coverage* pada tahun 2019. BPJS Kesehatan selalu berupaya untuk memenuhi amanat Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN serta Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Untuk mencapai cakupan jaminan kesehatan semsta, diperlukan sinergi yang kokoh antara BPJS Kesehatan dengan segenap pihak. Apalagi pada tahun 2016 fokus utama BPJS Kesehatan adalah optimalisasi rekrutmen Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) dan pengawasan kepatuhan. Informan BPJS Kesehatan menjelaskan,

“selama hampir tiga tahun terakhir, BPJS Kesehatan telah menjadlin kerja sama dan sinergi dengan berbagai kementerian dan lembaga melalui nota kesepahaman maupun perjanjian kerja sama strategis antar lembaga. Kerja sama tersebut sangat bermanfaat untuk mendukung program JKN-KIS, terutama dalam hal perluasan kepesertaan, kolektng iuran, kepatuham, dan optimalisasi pelayanan kesehatan”(hasil wawancara tanggal 30 November 2017).

Hasil wawancara tersebut telah menjelaskan usaha BPJS Kesehatan untuk meningkatkan perluasan kepesertaan dengan bekerja sama dengan beberapa kementerian dan lembaga.

Pada BPJS Kesehatan KCU Surabaya telah bekerja sama dengan PTSP untuk mengetahui pendaftaran jumlah badan usaha baru, atau perpanjangan surat ijin usaha / surat ijin operasional perusahaan untuk menjangking keperataan baru. Seperti diungkapkan oleh informan dari BPJS Kesehatan,

“jadi di BPJS Kesehatan itu ada 2 kerjasama, dengan pemda yang satu menggunakan peraturan yang berlaku, yang dengan pemda itu kita di PTSP jadi orang daftar baru/perpanjangan ijin datanya masuk di kita (BPJS Kesehatan) PTSP mulai dari tahun 2017. Terus yang kedua ini seperti maketing, ARO (Assisten Relationship Officer) itu keliling Surabaya” (hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Jadi seperti yang diungkapkan tersebut, BPJS Kesehatan telah meningkatkan usaha dalam perluasan kepesertaan dengan cara bekerja sama dengan lembaga perijinan (PTSP) dan adanya ARO (Assisten Relationship Officer) untuk keliling dari satu badan usaha satu ke badan usaha yang lain. Selain itu bekerja dengan dinas tenaga kerja di kota Surabaya untuk pengawasan kepesertaan Badan Usaha. Seperti yang dipaparkan oleh Informan BPJS Kesehatan,

“kerja sama ada dengan disnaker dan perijinan, kerja sama dalam hal pengawasan juga jadi kadang-kadang kami turun dengan disnaker juga, apakah sudah didaftarkan apa belum, jadi memang sama pemerintah, sama disnaker juga, kalo sama perijinan kan PTSP nya itu kami mendapatkan data menjangking baru-baru daftar atau perpanjangan (ijin). Kalo dulu dalam UU 3 th 92 memang itu tanggung jawab disnaker kan tapi di undang-undang BPJS Kesehatan, itu BPJS Sendr, tapi tidak melepas tanggung jawab pemeriksa disnaker di UU 51 itu kan masih punya tugas disnaker melakukan pengawasan juga di UU 13 tahun 2003 disnaker punya kewenangan pengawasan untuk kesehatan dan keselamatan kerja juga. Jadi nggak bisa lepas tangan juga itu kewenangan BPJS, itu berhubungan juga, dari kami juga pernah dengan

disnaker pemeriksaan, koordinasi tetap, kalo ada sanksi kami tembuskan kalo kami *ngasih* sanksi ke sini-sini-sini.”(hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Pelaksanaan kerja sama dengan PTSP, dan Dinas Tenaga Kerja

Surabaya dirasa efektif dalam memperluas kepesertaan untuk badan usaha.

Buktinya peningkatan jumlah peserta badan usaha meningkat seiring dengan dilaksanakannya kerja sama ini.

5.1.4.2 Faktor Penghambat

Faktor penghambat merupakan faktor-faktor yang menghambat proses implementasi program jaminan kesehatan nasional. BPJS Kesehatan KCU Surabaya menjelaskan faktor-faktor penghambat dalam implementasi program JKN untuk tenaga kerja di Kota Surabaya.

a. Rendahnya dukungan dari kelompok sasaran

Rendahnya kepercayaan BU terhadap kualitas layanan JKN serta keengganan mematuhi alur pelayanan kesehatan berjenjang. Kualitas pelayanan menjadi ukuran untuk perluasan kepesertaan. Jika kualitas pelayanan menjadi ukuran untuk perluasan kepesertaan. Jika kualitas pelayanan bagus maka kepesertaan akan meningkat. Banyak badan usaha dan tenaga kerja yang masih melihat, dan merasakan pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama masih banyak terdapat antrian. Pelayanan kurang ramah dan terkesan mengesampingkan pelayanan BPJS Kesehatan dari pada pelayanan kesehatan umum. Perwakilan badan usaha yang baru mendaftarkan kepesertaa menjelaskan,

“iya, kami baru daftar, karena sebenarnya BPJS Kesehatan itu selalu di-*image*-kan pelayanan untuk orang tidak mampu, kemudian pelayanan di rumah sakit, antriannya panjang, sehingga harus menunggu lagi. Baik di puskesmas, maupun rumah sakit” .”(hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Hasil wawancara tersebut menjelaskan bahwa keengganan badan usaha untuk mendaftar ke BPJS Kesehatan karena kondisi pelayanan dari faskes yang kurang baik, antrian menjadi salah satu keluhan.

Selain itu BU umumnya sudah memiliki jaminan kesehatan lain yang dianggap lebih baik dibanding JKN. Terutama bagi level manajerial perusahaan keatas. Karena pandangan untuk mengikuti program JKN adalah program jaminan kesehatan untuk masyarakat tidak mampu, maka perusahaan akan menggunakan jaminan kesehatan komersial yang lebih dapat memberikan pelayanan yang baik tentu juga prestisius. Beberapa badan usaha mengatakan bahwa:

“iya sudah, menggunakan prudensial tidak untuk semua sih untuk manager dan officer yang ada di kantor kami. Karena asuransi kesehatan itu kan perlu dan kita (perusahaan) ingin yang terbaik untuk karyawan, pihak asuransinya (prudensial) yang datang ke kami, mengatakan manfaat jika menggunakan asuransi dan erapa biaya yang harus di cover oleh perusahaan, dan pimpinan setuju ya dilanjutkan”(hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Dari hasil wawancara tersebut menjelaskan bahwa perusahaan memiliki jaminan kesehatan tersendiri untuk memberikan jaminan kesehatan kepada pekerjanya.

“iya (menggunakan asuransi kesehatan), pake CAR, ada kartunya yang dipake di rumah sakit dan semua klinik yang ada di Surabaya. Sudah jelas manfaatnya ya untuk menjamin kesehatan karyawan, pelayanan kesehatan dan obat-obatnya juga berkualitas”(Hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Beberapa BU telah memiliki faskes sendiri yang cukup memadai. BU mau mendaftar ke JKN dengan syarat faskes tersebut dapat menjadi faskes BPJS kesehatan. Namun BU juga tidak bersedia jika faskes tersebut menjadi faskes umum yang bisa digunakan oleh peserta JKN di luar pegawai tersebut.

Beberapa BU harus mendaftarkan sendiri jenis penyakit yang diderita karyawan dan harus berobat di faskes milik BU. Jika mereka bergabung dengan JKN, ketentuan ini akan sulit diterapkan karena pegawai bebas memilih faskes yang dikehendaki. Hal ini biasanya terjadi pada perusahaan obat dan kimia.

Dan yang terakhir adalah rendahnya komitmen BU milik beberapa negara asing untuk bergabung dengan JKN. Perusahaan milik negara asing biasanya sama memiliki standar jaminan kesehatan sendiri. Artinya rendahnya dukungan dari badan usaha untuk segera mendaftarkan kepesertaannya karena ketidakpercayaan terhadap pelayanan jaminan kesehatan yang dimiliki oleh program JKN. Kutipan wawancara dengan informan badan usaha menjelaskan

“dulu tidak seperti sekarang, sekarang kan di globalkan semua untuk pelayanan kesehatannya, mau dia PNS, TNI, mandiri, tenaga kerja semua dicampur disini. Jelas pasti antri, kedua tidak ada eksklusifitas kami dari tenaga kerja, padahal dirasa iuran yang kami terima lumayan, harusnya ada perbedaan. Kalau bukan kewajiban perusahaan, dan diatur undang-undang, mungkin saya akan lebih memilih asuransi kesehatan swasta”. (hasil wawancara tanggal 3 november 2017)

Kutipan wawancara tersebut telah menjelaskan bahwa belum adanya kesadaran pribadi untuk mengikuti program JKN. Tetapi keterpaksaan karena adanya peraturan pemerintah dalam Undang-Undang yang mewajibkan untuk ikut.

b. Kurangnya peraturan untuk pengawasan kepesertaan pada Badan Usaha dan tenaga kerja.

Kurangnya peraturan untuk pengawasan kepesertaan antara badan usaha dan tenaga kerja yang dimaksud adalah implementasi potongan iuran yang sesuai dengan peraturan BPJS Kesehatan. Badan usaha akan

memberlakukan potongan iuran sesukanya karena hal tersebut tidak akan diperiksa oleh pihak BPJS Kesehatan maupun dinas tenaga kerja. Selama iuran lancar dibayarkan senilai yang dilaporkan tentu tidak akan menjadi masalah jika potongan *sharing* tidak sesuai.

Kemudian, belum berjalannya sanksi dan penegakkan hukum bagi BU yang tidak mendaftarkan pesertanya ke BPJS Kesehatan. Meskipun demikian, sebagian besar Kantor Cabang tengah menginisiasi kerjasama dengan Pemda setempat terutama Dinas Tenaga Kerja untuk melakukan sosialisasi JKN, mensinkronisasikan daftar BU, serta mengimplementasikan penegakan kepatuhan bagi BU yang belum mematuhi ketentuan yang ada.

“saat ini kerja sama ada dengan disnaker dan perijinan, kerja sama dalam hal pengawasan juga jadi kadang-kadang kami turun dengan disnaker juga, apakah sudah didaftarkan apa belum, jadi memang sama pemerintah, sama disnaker juga, kalo sama perijinan kan PTSP nya itu kami mendapatkan data menjangking baru-baru daftar atau perpanjangan (ijin).” (hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Kerja sama yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan disnaker, maupun perijinan seperti kutipan wawancara tersebut, diharapkan mampu untuk menegakkan sanksi sehingga BU dapat meningkatkan kepatuhan dalam mendaftarkan tenaga kerja dan badan usahanya sendiri.

Selain itu, tunggakan yang harus dibayarkan oleh BU eks JPK Jamsostek yang terlambat melakukan pendaftaran ulang ke BPJS Kesehatan. Agar terhindar dari denda, tidak sedikit BU yang mencoba memodifikasi data perusahaan dengan membuat Surat Ijin Usaha baru atau mendaftarkan dengan Surat Ijin Usaha kantor cabang yang belum terdaftar dalam JPK Jamsostek. Untuk menghindari hal tersebut, BPJS kesehatan

membuat kebijakan agar pendaftaran BU dilakukan terintegrasi oleh kantor pusat.

- c. Transparansi masih berjalan dua sisi antara BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan.

Tidak dilibatkannya badan usaha maupun peserta penerima upah untuk memonitoring langsung pelayanan di rumah sakit. Mereka hanya disajikan data apa saja yang dikeluarkan berupa kuitansi tagihan.

“tidak, tidak pernah tahu, berapa biaya dokter, obat-obatan, dan penanganan medis yang seharusnya diterima oleh pasien (peserta penerima upah), biasanya hanya diberikan seperti ini (kuitansi hasil berobat) dan ini sudah ada nominalnya” (hasil wawancara tanggal 4 Desember 2017)

Hasil wawancara tersebut dengan peserta PPU dari badan usaha yang memang tidak ada informasi baik secara online maupun cetak mengenai prosedur pelayanan kesehatan bagi peserta yang sakit atau harus rawat inap dan membutuhkan pengawasan dokter.

- d. Lemahnya Strategi dalam Peningkatan Perluasan BPJS Kesehatan dengan badan usaha.

Minimnya jumlah staf pemasaran di kantor cabang BPJS Kesehatan.

Disetiap kantor cabang BPJS Kesehatan, rata-rata hanya terdapat 1-3 orang staf pemasaran, sedangkan target yang harus dicapai sangat besar.

Saat ini kerja sama BPJS mengencangkan fungsi ARO (Assisten Relationship Officer) untuk lebih banyak memperluas kepesertaan. Serta kerja sama dengan disnaker untuk mengedukasi badan usaha yang belum tahu tentang manfaat mengikuti program JKN.

“Jadi kalo Disnaker itu ada daftar kunjungan rutin ya, kunjungan rutin untuk pengawasan ya, Cuma kasih rekomendasi, tentang fisik dan administrasi, memang seperti itu, tetapi juga membantu kami juga dalam pemahaman pentingnya dalam arti sosialisasi, memang sudah melalui media cetak, elektronik (sosialisasi) sampai kembali ke viksi

hukum semua warga negara dianggap tahu hukum, tapi kita tidak bisa memungkiri juga kalo ini wajib, taunya ini program pemerintah, kalo sakit daftar aja ke BPJS untuk yg tidak mampu. Padahal ini adalah program untuk memberikan jaminan kesehatan, sosial, gotong royong, sama seperti di Amerika ada medicare, Obama care.” (hasil wawancara tanggal 3 November 2017)

Kerja sama yang disampaikan dalam wawancara tersebut belum terlihat hasil secara signifikan, namun tidak sedikit juga yang telah bergabung dengan program JKN tersebut.

5.2 Pembahasan

5.2.1.1 Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional pada untuk Tenaga Kerja Kota Surabaya di Kota Surabaya tahun 2014 – 2016

Kebijakan publik diartikan sebagai kebijakan yang dibuat untuk kepentingan masyarakat umum. Kebijakan tersebut diambil untuk dapat mengatasi permasalahan yang terjadi dalam masyarakat, singkatnya dapat menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan masyarakat umum.

Kebijakan publik juga sering di pertukarkan dengan istilah tujuan, program keputusan, undang-undang dan rancangan besar (Abdul Wahab, 1997, h.2). Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan suatu program dari kebijakan pemerintah untuk memberikan pemerataan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat di Indonesia.

Jaminan kesehatan Nasional adalah sebuah konsep yang dapat diartikan sebagai program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayari oleh pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nirlaba (UU Nomor 40 tahun 2004).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan pola pembiayaan pra-upaya, artinya pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan sebelum atau tidak dalam kondisi sakit. Pola pembiayaan pra-upaya menganut hukum jumlah besar dan perangkuman risiko. Supaya risiko dapat disebarkan secara luas dan direduksi secara efektif, maka pola pembiayaan ini membutuhkan jumlah besar peserta. Oleh karena itu, pada pelaksanaannya, JKN mewajibkan seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta agar hukum jumlah besar tersebut dapat dipenuhi.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011). BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan mendapatkan pembagian layanan kesehatan, selain empat layanan yang lain yaitu jaminan hari tua, jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian dan jaminan pensiun pada BPJS Ketenagakerjaan.

Salah satu kepesertaan dari BPJS Kesehatan adalah peserta penerima upah, yang terdiri dari penyelenggara negara, PNS, TNI Polri dan veteran serta pekerja penerima upah. Sesuai dengan penahapan kepesertaan pada perpres jaminan kesehatan menetapkan perluasan kepesertaan PPU Non PNS sebagai prioritas utama perluasan kepesertaan. Sebaran PPU dan keluarganya relative banyak dengan profil umur dan kondisi kesehatan yang relative sesuai dengan kelompok secara umum. Perluasan kepesertaan PPU dianggap penting terkait adanya isu *adverse selection* yaitu pendaftar PPU yang baru mendaftar JKN ketika mengalami sakit. Keikutsertaan peserta PPU dapat menutup resiko *adverse selection*

yang terjadi. Hal ini adalah dasar asuransi sosial yang mensyaratkan kepesertaan wajib bagi setiap orang yang masuk kepesertaan.

Evaluasi biasanya ditujukan untuk menilai sejauhmana keefektifan kebijakan publik guna dipertanggungjawabkan kepada konstituennya. Se jauh mana tujuan dicapai serta untuk melihat sejah mana kesenjangan antara ekspektasi dengan realita. Evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak pelaksanaan kebijakan tersebut (Anderson dalam Winarno, 2008, h.166)

Evaluasi program adalah proses untuk mendeskripsikan dan menilai suatu program dengan menggunakan kriteria tertentu dengan tujuan untuk membantu mencapai tujuan dari program tersebut. pada prinsipnya evaluasi program harus dirumuskan dengan titik tolaj tujuan program yang akan di evaluasi (Dwiyogo, 2006, h. 50). Ada dua tujuan evaluasi yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum biasanya diarahkan kepada program secara keseluruhan, sedangkan tujuan khusus diarahkan pada tiap-tiap komponen dari program.

Program Jaminan Kesehatan Nasional telah berjalan mulai dari 1 Januari 2014 sampai dengan saat ini. Maka evaluasi yang dapat dilakukan adalah evaluasi proses. Secara tipe evaluasi proses digolongkan dalam evaluasi formatif. Evaluasi formatif dilakukan saat program masih belangsung dengan tujuan utamanya adalah untuk menyediakan informasi untuk improvisasi program serta sering digunakan untuk menilai manfaat dan kegunaan suatu bagian tertentu dari program (Fitzpatrick dkk, 2004, h.16).

Evaluasi proses yang digunakan untuk mengevaluasi program JKN dilihat dari unsur *input* (SDM dan Dana/Pembiayaan), proses dan output.

Serta perlu diketahui faktor pendukung dan penghambat dari implementasi program JKN yang masih berlangsung sampai saat ini.

5.2.1.1 *Input*

a. Sumber Daya Manusia yang terlibat dalam implementasi program JKN di Kota Surabaya

Implementasi program JKN pada awal pelaksanaannya mengalami beberapa kendala seperti belum semua penduduk tercakup menjadi peserta, distribusi pelayanan kesehatan yang belum merata, kualitas pelayanan kesehatan yang bervariasi, sistem rujukan serta pembayaran yang belum optimal. Ketidakterdistribusian ketersediaan fasilitas kesehatan, sumber daya manusia kesehatan dan kondisi geografis yang sangat bervariasi, menimbulkan potensi melebarnya ketidakadilan kesehatan antara kelompok masyarakat (DJSN, 2012)

Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan merupakan elemen yang sangat penting dan berpengaruh terhadap peningkatan seluruh aspek dalam sistem pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Pelaksana kebijakan jaminan kesehatan adalah unit-unit pelayanan kesehatan mulai dari tingkat dasar sampai tingkat lanjutan. Sumber Daya Manusia yang dimaksud adalah petugas pelayanan yang melayani kepesertaan badan usaha di kantor cabang utama kota Surabaya. Serta pelayanan kesehatan yang di bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Kota Surabaya.

Sumber Daya Manusia pelaksana BPJS Kesehatan diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Bab IV tentang Organ BPJS. Dalam

Pasal 20 disebutkan bahwa Organ BPJS adalah dewan pengawas dan direksi. Tugas dan fungsi dewan pengawas dan direksi di jabarkan secara jelas di dalam undang-undang. Dewan Pengawas berfungsi melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS (pasal 22 ayat 1). Sedangkan direksi berfungsi melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin Peserta untuk mendapatkan manfaat sesuai dengan haknya.

Kebijakan yang sudah diformulasikan tidak akan pernah bisa tercapai manakala tidak tersedia sumberdaya untuk melaksanakannya, baik sumberdaya manusia maupun pendukung lainnya. Abdul Wahab (2008, h.179) menyatakan bahwa “keberhasilan atau kegagalan implementasi sebagai demikian dapat dilihat dari kemampuannya secara nyata dalam meneruskan/ mengoperasikan program-program yang telah dirancang.”

Van Mater dan Van Horn (1974, h.20) menegaskan bahwa sumber daya kebijakan (*policy resources*) tidak kalah pentingnya dengan komunikasi. Sumber daya kebijakan ini harus juga tersedia untuk mendukung implementasi suatu kebijakan.

BPJS Kesehatan KCU Surabaya dibagi menjadi 2 (dua) Kantor dengan alamat yang berbeda. Pertama, di Kantor Dharmahusada dengan pembagian pelayanan untuk peserta PBU (mandiri) dan PPU (PNS, TNI, Polri, veteran maupun pensiun) sedangkan kantor kedua berada di Ruko Mega Galaxy mall dengan pelayanan dikhususkan pada peserta PPU dari Badan Usaha. Keberadaan kantor pelayanan BPJS Kesehatan menunjang dalam impementasi program JKN. Sesuai dengan hasil wawancara bahwa BPJS Kesehatan hanya memisahkan antara PBU dengan PPU Kenyamanan kantor terjamin, ada 3 orang sekuriti untuk membantu resepsionist dalam

memberikan informasi, mengamankan, dan menertibkan sistem antrian pada kantor pusat dan 1 (satu) orang dikantor cabang.

Keseluruhan jumlah SDM diperkirakan mencapai 100 pegawai dengan pembagian pegawai tetap dan PTT. Jumlah secara pastinya tidak dapat dinformasikan menyangkut kode etik dan keamanan dalam bertugas bagi pegawai BPJS Kesehatan KCU Kota Surabaya. Karena jumlah pegawai yang terlalu banyak maka SDM terbagi menjadi dua kantor. Hal tersebut bertujuan untuk menjaga kualitas pelayanan yang diberikan kepada peserta.

Kualitas pelayanan menurut Wyckof dalam Tjiptono (2004, h. 59) adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendaliannya atas tingkat keunggulan tersebut memenuhi keinginan konsumen. Ada dua faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan jasa yaitu harapan pelanggan (*expectation*) dan kinerja yang dirasakan konsumen (*performance*). Oleh karena itu BPJS Kesehatan ingin memberikan kualitas pelayanan yang baik sesuai dengan harapan dari peserta BPJS Kesehatan.

Salah satunya adalah dengan mengatur kelembagaan dengan struktur organisasi. Struktur organisasi pada BPJS Kesehatan KCU Surabaya memiliki kepala kantor cabang dan membawahi 6 (enam) divisi dan bertanggung jawab langsung kepada kepala kabupaten/kota. Divisi yang terbagi menjadi 6 bagian saling terkait, meskipun berbeda tempat. Dari 6 Divisi tersebut dijelaskan keterkaitannya yakni bidang kepesertaan yang menangani tentang pendaftaran baru, mutasi atau ingin mengubah faskes berhubungan dengan divisi bidang KPP (Kepesertaan dan Pelayanan Peserta) dan dari kepesertaan tersebut biasanya akan muncul mengapa peserta BPJS Kesehatan menginginkan mengganti fasilitas kesehatan, hal

tersebut terkait dengan pelayanan fasilitas kesehatan. Jika pelayanan kesehatan kurang baik, maka wajib dicari permasalahannya mengapa kualitas pelayanan kesehatannya berkurang sehingga seseorang memutuskan untuk menggunakan fasilitas kesehatan. Hal tersebut di tangani oleh divisi PMP (Penjaminan Manfaat Primer).

Sebagian besar adalah pegawai perpindahan dari transformasi PT. Askes menjadi BPJS Kesehatan. Sebagian lagi adalah hasil rekrutmen karyawan yang dilakukan setelah BPJS Kesehatan terbentuk pada tahun 2014. Meskipun dalam UU SJSN dan UU BPJS memberikan arti "transformasi" sebagai perubahan BUMN Persero yang menyelenggarakan program jaminan sosial, menjadi BPJS. Perubahan bentuk bermakna perubahan karakteristik badan penyelenggara jaminan sosial sebagai penyesuaian atas perubahan filosofi penyelenggaraan program jaminan sosial. Perubahan karakteristik berarti perubahan bentuk badan hukum yang mencakup pendirian, ruang lingkup kerja dan kewenangan badan yang selanjutnya diikuti dengan perubahan struktur organisasi, prosedur kerja dan budaya organisasi.

Perubahan ruang lingkup kerja dan kewenangan badan serta perubahan struktur organisasi tidak serta merta mengganti SDM yang ada pada lembaga sebelumnya. Sebagian besar pegawai dari BPJS Kesehatan adalah pegawai PT. ASKES ditambah dengan rekrutmen baru pada tahun 2014. Dan semakin berkembangnya jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan merekrut tenaga PTT dengan sistem PKWT.

Kegiatan sumber daya manusia merupakan bagian proses manajemen manajemen sumber daya manusia yang paling sentral dan merupakan suatu

repository.ub.ac.id

rantai dalam mencapai tujuan organisasi. Kegiatan tersebut akan berjalan lancar, apabila memanfaatkan fungsi-fungsi manajemen. Terdapat 2 kelompok fungsi manajemen sumber daya manusia, yang pertama adalah fungsi manajerial diantaranya adalah fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian. Kedua, fungsi organisasional diantaranya pengadaan tenaga kerja, pengembangan, pemberian balas jasa, pengintegrasian, pemeliharaan dan pemutusan hubungan kerja (Rivai dan Segala, 2013:13).

Kepegawaian di BPJS Kesehatan terlihat dari segi manajemen, ada level manajerial, dan operasional. Untuk manajerial bertugas untuk memberikan pelayanan secara tidak langsung. Artinya mereka akan menangani *special case* dalam bentuk permasalahan yang lebih *urgent* bukan sebagai pemberi langsung pelayanan yang mengharuskan tatap muka secara teknis. Namun, tidak dipungkiri bahwa mereka tidak membatasi pelayanan, jika tim operasional membutuhkan tenaga secara langsung akan ikut membantu.

Pegawai Tidak Tetap yang dimaksud tersebut bekerja dengan sistem PKWT satu tahun dalam satu periode, dan dapat dilanjutkan masa PKWT nya jika pelayanan yang diberikan dapat dipertanggung jawabkan. Bagian divisi yang lebih banyak menggunakan PTT adalah pada bidang kepesertaan dan pelayanan peserta. Karena di bidang tersebut membutuhkan pelayanan untuk menangani badan usaha yang ingin mendaftar baru maupun mendaftarkan anggota keluarga karyawan pada suatu perusahaan dan diletakkan sebagai *front office*. Keramahtamahan dan penguasaan informasi dibutuhkan sangat baik sebagai ujung pelayanan kepesertaan dari BPJS Kesehatan, karena nya

BPJS Kesehatan benar selektif untuk menentukan pegawai PTT untuk memberikan pelayanan.

Jumlah pegawai secara total pada BPJS Kesehatan KCU Kota Surabaya diperkirakan lebih dari 100 orang. BPJS Kesehatan tidak dapat memberikan angka pasti mengenai hal tersebut. hasil wawancara menyebutkan bahwa terdapat informasi yang bersifat informasi publik dan bukan sebagai informasi publik. Sehingga tidak mungkin memberikan data yang bukan menjadi informasi publik. Secara pengamatan langsung pembagian lebih dari 20 orang PTT berada di FO dan sebagian lagi membantu *back office*.

Badan usaha yang merupakan salah satu partner BPJS Kesehatan menjadi penerima layanan kepesertaan menjadi tolak ukur pesan atau komunikasi yang terjalin dapat berjalan dengan baik. Penilaian dari badan usaha sebagai penerima layanan BPJS Kesehatan adalah adanya peningkatan kualitas pelayanan, dari yang awalnya apa adanya menjadi pelayanan yang tertata rapi lengkap dengan sitem antrian yang canggih.

Penyampaian informasi yang diberikan adalah berdasarkan kualitas dari SDM yang ada. Ketika SDM menguasai informasi pada BPJS Kesehatan, maka *reability* nya terpenuhi. Masa transisi diawal implementasi BPJS Kesehatan pada tahun 2014, dirasakan berantakan oleh penerima kebijakan khususnya badan usaha. Lebih dari peserta badan usaha yang complain dengan pelayanan BPJS Kesehatan, pelayanan lama, berbelit-belit, SDM tidak dapat mnejelaskan berbagai pertanyaan yang dilontarkan oleh peserta badan usaha. Perpindahan dari jaminan kesehatan jamsostek yang dialihkan ke BPJS Kesehatan banyak bermasalah. Menjadikan penilaian BPJS

Kesehatan seolah belum siap untuk memberikan pelayanan tetapi dipaksakan untuk “*launching*”. Berjalanya waktu SDM mulai tertata dengan baik, sistem pelayanan diperbaiki dengan memberikan nomor antrian sesuai dengan keperluan peserta Badan Usaha. Dijelaskan dalam tabel dari tahun 2014 sampai dengan 2016 pelayanan BPJS Kesehatan dari segi SDM, bahwa mulai tahun 2015 SDM BPJS Kesehatan adalah pegawai BPJS Kesehatan dengan sistem rekrutmen PTT dan Pegawai tetap, pembagian tugas dan fungsi secara jelas tertulis dan diawasi langsung oleh kepala bidang masing-masing. Penilaian peserta badan usaha adalah pada tahun 2014 belum puas dengan pelayanan BPJS Kesehatan karena pelayanan kepesertaan harus antri luar biasa, dan harus membutuhkan waktu lebih dari sekali untuk mendapatkan pelayanan. Pada tahun 2015 sampai dengan 2016 penilaian badan usaha cukup puas dengan kualitas SDM bahwa pertanyaan yang diajukan kepada petugas FO dapat terpenuhi dengan baik. Namun terkadang informasi tadi berkembang ketika menemukan permasalahan yang berbeda di lapangan. Jadi kualitas SDM pada BPJS Kesehatan KCU Surabaya telah diperhatikan dengan baik, dengan adanya struktur organisasi yang terarah, serta sistem rekrutmen yang professional, dengan komitmen memberikan pelayanan yang terbaik kepada peserta sehingga merekrut PTT dengan masa 1 tahun disesuaikan dengan kualitas yang telah diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan.

b. Dana (Pembiayaan) Program Jaminan Kesehatan Nasional

Salah satu prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional yang tercantum dalam Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 adalah prinsip dana amanat.

Pengelolaan Dana Jaminan Sosial baik dalam bentuk dana operasional

maupun dana investasi, diselenggarakan dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana dan hasil memadai.

Pengelolaan dana dilaksanakan melalui suatu mekanisme yang merupakan kombinasi proses, dan struktur, untuk menginformasikan, mengarahkan, mengelola, dan memantau kegiatan organisasi dalam rangka mencapai tata kelola organisasi yang baik, yang mana hasil pengelolaan dana tersebut dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya kepentingan peserta. Pengelolaan dana jaminan sosial (DJS) dan aset BPJS Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan (sebagai penjelasan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011)

Dana Program Jaminan Kesehatan Nasional disebutkan dalam UU No 24 Tahun 2011 pada pasal 1 ayat (3) adalah termasuk Dana Jaminan Sosial. Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial. Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan atau pemerintah. Disebutkan bahwa pemberi kerja dan pekerja wajib membayar iuran untuk dihimpun agar mendapatkan manfaat dari jaminan kesehatan.

Pemberi kerja yang dimaksud adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya (pasal 1 ayat 9).

Pemberi kerja yang dimaksud disini adalah badan usaha yang memiliki usaha

bersifat *profitability* atau mendapatkan keuntungan dalam penyelenggarannya. Tenaga kerja adalah perseorangan yang bekerja di perusahaan (badan usaha) dengan perjanjian tertulis dan mendapatkan hak serta kewajiban dalam menjalankan tugas dan fungsi yang disepakati oleh pemberi kerja. Hal ini berkaitan dengan kepesertaan dalam BPJS Kesehatan.

Program JKN yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan merupakan kebijakan penyelenggaraan Jaminan Sosial yang merupakan badan hukum publik tersendiri diluar pemerintah atau *quasy government/Pararastal* (Hasbullah Thabrany, 2008, h. 40). Padahal kewajiban untuk memberikan jaminan sosial dibebankan oleh konstitusi pemerintah dari sisi pendanaan dan operasional tetapi justru dialihkan kepada pihak lain.

Dapat dimaknai bahwa pemerintah menyerahkan kewajibannya untuk memenuhi hak setiap warga negara untuk memperoleh jaminan sosial itu kepada badan hukum di luar pemerintah sekaligus memindahkan beban pendanaannya yang seharusnya dari kantong pemerintah kepada warga negara yang menjadi peserta.

Seperti yang disebutkan dalam Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 bahwa seluruh warga negara Indonesia wajib untuk mendaftarkan diri pada program JKN. Begitu juga pekerja sebagai peserta penerima upah, dengan mekanisme pembayaran iurannya adalah setiap bulan secara rutin dengan ketentuan *sharing cost* antara pemberi kerja dan pekerja yang dikalikan dengan upah yang diterima.

Transformasi BPJS Kesehatan dimulainya 1 Januari 2014 dan saat itulah kepesertaan bersifat wajib. Jaminan kesehatan untuk tenaga kerja yang awal mulanya adalah Jamsostek, secara otomatis kepesertaan jamsostek

menjadi peserta BPJS Kesehatan, namun penyelesaian pembayaran maupun selisih iuran dapat dikoreksi dengan cara rekonsiliasi.

Jaminan Kesehatan Nasional memiliki *roadmap* salah satunya adalah cakupan kepesertaan semesta. Secara bertahap tujuan BPJS Kesehatan secara Nasional dalam pencapaian *universal coverage* pada tahun 2019.

Penahapan pendaftaran kepesertaan pekerja diatur dalam peraturan presiden. BPJS Kesehatan menyadari jumlah penduduk di Indonesia yang banyak menjadi kendala untuk mewujudkan *universal coverage*.

Salah satu kendala dalam pencapaian target adalah banyaknya jumlah penduduk Indonesia yang tersebar di seluruh wilayah. Maka dari itu BPJS Kesehatan diseluruh daerah yang dibagi berdasarkan wilayah mempunyai target masing-masing dalam mewujudkan kepesertaan secara menyeluruh. BPJS Kesehatan KCU Surabaya yang berada dalam wilayah perkotaan, tidak terlalu sulit untuk menjangkau kepesertaan, karena secara pemikiran penduduk kota telah terbiasa menggunakan program asuransi untuk *mengcover* dirinya dan keluarga. Dengan hal tersebut BPJS Kesehatan merasa bangga karena menjadi salah satu bagian dari perwujudan *universal coverage* BPJS Kesehatan, karena Indonesia jadi yang terbaik dan paling cepat pencapaiannya dari pada negara lain seperti Thailand, Jerman, dan negara-negara lainnya yang sudah menerapkan program asuransi nasional.

Dimulai dari 1 Januari 2014 Peserta Penerima Upah termasuk dalam BUMN, Usaha Besar, Sedang, maupun kecil mulai berjalan. Selanjutnya usaha mikro pada awal 1 Januari 2016 sampai dengan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau biasa disebut mandiri targetnya adalah 1 Januari 2019 sudah tercakup dalam Jaminan kesehatan Nasional.

Kepesertaan kaitannya dengan dana yang didapat oleh BPJS Kesehatan, semakin banyak peserta maka dana yang dapat dimanfaatkan oleh BPJS Kesehatan semakin bertambah. Sesuai dengan laporan audit keuangan kenaikan pendapatan iuran tahun 2016 secara umum. Kenaikan pendapatan iuran secara signifikan dari tahun 2014 sampai dengan 2016. Disebutkan dalam laporan keuangan dan audit BPJS Kesehatan pada tahun 2016 bahwa rata-rata kenaikan iuran adalah lebih dari 20%. Kenaikan pendapatan iuran tersebut secara umum berarti sumber dari pendapatan iuran adalah dari peserta JKN BPJS Kesehatan secara umum. Jadi, apabila kenaikan iuran meningkat dapat dipastikan jumlah kepesertaan dari BPJS Kesehatan pun meningkat.

1) Iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program jaminan kesehatan (pasal 16, perpres No. 19 tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Perpres No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan kesehatan)

Pembayaran iuran terbagi sesuai dengan kepesertaannya. Bagi peserta PBI, iuran dibayar oleh pemerintah, baik pemerintah daerah (dana APBD) maupun pemerintah pusat (dana APBN). Bagi Peserta penerima Upah, iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja, dan Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dibayar oleh peserta atau pihak lain atas nama peserta.

Semua peserta wajib membayar iuran yang besarnya telah ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Bagi peserta Pekerja

Penerima Upah berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu. Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (Paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.

Sesuai dengan Perpres No. 19 Tahun 2017 tentang perubahan kedua atas Perpres No. 12 Tahun 2015 tentang perubahan kedua atas Peraturan Pemerintah No. 12 Tahun 2015 tentang ketentuan dan syarat-syarat jaminan kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang terdiri atas Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri yang dibayar melalui APBN/APBD sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dibayar dengan ketentuan 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh Peserta. 2. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta PPU selain Peserta di atas adalah sebesar 4,5% (mulai tanggal 1 Juli 2015 sebesar 5%) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan, 4% dibayar oleh Pemberi Kerja, 0,5% dibayar oleh Peserta (mulai tanggal 1 Juli 2015 sebesar 1%).

Batas paling tinggi Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta PPU dan pegawai pemerintah non pegawai negeri sebesar 2 (dua) kali Penghasilan Tidak Kena Pajak (PTKP) dengan status kawin dengan 1 (satu) orang anak. Iuran yang dibayarkan oleh peserta PPU menanggung maksimal lima orang per keluarga, meliputi pekerja, istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah. Peserta dapat

mendaftarkan anggota keluarga tambahan yang ditanggung yaitu anak ke-4, dan seterusnya, serta orangtua-mertua, dengan iuran sebesar 1% dari gaji/upah PPU.

Jika terjadi perubahan data pekerja/pegawai/karyawan, maka pengurusannya akan dilakukan oleh pihak perusahaan secara kolektif.

Apabila terdapat mutasi (penambahan atau pengurangan pegawai), maka pihak HRD atau pimpinan tempat kerja tersebut wajib melaporkan secara tertulis kepada BPJS Kesehatan dengan menyebutkan data pegawai yang bertambah atau berkurang saja (tidak menyertakan data semua pegawai).

UMK di Kota Surabaya selalu mengalami kenaikan setiap tahun. Pada tahun 2014, UMK untuk pekerja adalah sebesar Rp. 2.200.000 dan jumlah yang harus dibayarkan oleh badan usaha sebesar Rp.99.000, mengalami kenaikan hampir 25% menjadi Rp. 2.710.000 dengan iuran yang harus dibayarkan per peserta PPU adalah Rp. 121.950 dan terakhir pada tahun 2016, UMK menjadi Rp. 3. 045.000 dengan iuran perbulan yang harus dibayarkan sebesar Rp152.250. Sesuai dengan perubahan persentase yang harus dikeluarkan oleh PPU dan badan usaha per 1 juli 2016 menjadi 5 %.

Dari iuran tersebut PPU mendapatkan pelayanan kesehatan rawat inap kelas 2 (dua).

Sesuai dengan Undang-Undang Ketenagakerjaan nomor 13 Tahun 2003 bahwa setiap pengusaha dilarang membayar upah lebih rendah dari upah minimum (pasal 90 ayat 1). Pembayaran yang harus dibayarkan sesuai dasar upah minimum tersebut diberikan pelayanan kesehatan rawat inap kelas 2, namun tidak menutup kemungkinan bagi tenaga kerja yang ingin

mendapatkan pelayanan kesehatan kesehatan kelas 1, maka harus membayarkan sejumlah iuran yang menjadi aturan dalam BPJS Kesehatan.

Gaji/upah yang diterima oleh tenaga kerja itu adalah yang menjadi dasar pembayaran iuran untuk Pekerja Penerima Upah. Sehingga laporan yang diterima oleh BPJS Kesehatan seharusnya adalah laporan *real* dari Badan Usaha. Apabila Pekerja menerima lebih dari UMR termasuk tunjangan tetap lebih besar dari 2 kali Penghasilan Tidak Kena Pajak maka berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan kelas satu.

Iuran yang dibayarkan oleh tenaga pada BPJS Kesehatan dapat disebut juga sebagai investasi kesehatan. konsep investasi kesehatan adalah memberikan atau menanam untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain pekerja menginvestasikan berapa persen upah yang diterima untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik tanpa mengeluarkan biaya tambahan lagi.

Pembayaran iuran untuk Pekerja Penerima Upah yang menentukan kelas pelayanan kesehatan untuk rawat inap. Untuk tenaga kerja kelas pelayanan kesehatan hanya terbagi menjadi dua kelas sesuai dengan ketentuan Gaji yang diterima dipotongkan sesuai dengan ketentuan yaitu 5% dengan 4% dibayarkan oleh pemberi kerja dan 1% dibayarkan oleh pekerja. Peserta BPJS PPU Karyawan tidak bisa memilih kelas sesuai dengan yang diinginkan karena hak kelas sangat tergantung sekali pada besar kecilnya gaji yang bersangkutan atau golongan pangkat. Bisa saja hak atas kelas di *upgrade* misal dari kelas 2 menjadi kelas 1, namun gaji harus memenuhi.

Apabila dari segi gaji pekerja atau peserta PPU tidak terpenuhi, namun masih menginginkan untuk mendapatkan pelayanan kelas 1 (Satu) maka

disarankan untuk mendaftarkan kepesertaannya mutasi ke PBPU/mandiri.

Jika peserta PBPU maka pembayaran iuran yang harus dibayarkan adalah perseorangan, bukan lagi seperti PPU dengan sejumlah iuran telah *mengcover* 5 anggota keluarga inti.

Ketentuan untuk membayar iuran dengan melaporkan jumlah iuran pembayaran minimum UMK menjadi permasalahan tersendiri bagi peserta badan usaha. Secara tidak langsung perusahaan harus membayarkan iuran yang sesuai dengan perhitungan BPJS Kesehatan yaitu 4% dari upah yang dibayarkan kepada pekerja. Sedangkan, banyak pelaku usaha atau perusahaan yang ingin mendaftarkan karyawan/pekerjanya ke BPJS Kesehatan sebagai asuransi jaminan kesehatan tetapi tidak memiliki dana untuk membayarkannya maka dapat mengajukan surat penangguhan pembayaran upah UMR ke Gubernur. Hal tersebut diatur dalam Kepmenaker nomor 231 tahun 2013. Pengajuan surat penangguhan pembayaran UMR kepada pegawai di tujukan kepada Gubernur, dan akan dilakukan audit untuk mengetahui kemampuan perusahaan dilihat dari neraca untung dan rugi, sehingga dapat diputuskan jika memang benar-benar tidak dapat membayar sesuai dengan UMR, maka surat akan diberikan.

BPJS Kesehatan memberikan kemudahan untuk para pelaku usaha / perusahaan yang tidak dapat memberikan upah sesuai dengan UMR tetapi masih dapat menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan syarat melampirkan surat penangguhan UMR pada saat pendaftaran.

Jadi pelayanan kesehatan yang didapat oleh peserta Pekerja Penerima

Upah adalah sesuai dengan ketentuan kelas yang dibayarkan sesuai iuran, dan potongan iuran didapatkan dari gaji/upah yang dibayarkan setiap bulan dengan

persentase masing-masing. Tidak ada pembatasan bagi badan usaha kecil yang masih belum mampu dalam membayar gaji kurang dari UMK jika badan usaha mampu menunjukkan surat penangguhan pembayaran upah sesuai UMK dari Gubernur kepada BPJS Kesehatan.

Evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak pelaksanaan kebijakan tersebut (Anderson dalam Winarno, 2008, h.166) Dari sisi badan usaha yang telah diwawancarai, 20 orang menjawab mengetahui dasar pembayaran iuran untuk tenaga kerja adalah UMK. Berdasarkan hasil wawancara beberapa perwakilan badan usaha yang menjawab sama, karena badan usaha sudah menggunakan jamsostek untuk jaminan kesehatan. Ketentuan di jamsostek sama dengan BPJS kesehatan, yaitu dasar potongan iuran yang dibayarkan adalah dari gaji yang diterima dan paling minimum adalah tenaga kerja yang diberikan upah UMK. Dengan demikian informasi yang diberikan antara BPJS Kesehatan kepada peserta dari badan usaha telah diterima dengan baik dan dapat dilaksanakan.

2) Pengelolaan Iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan

Iuran yang sudah disetorkan ke BPJS Kesehatan melalui rekanan yang telah ditunjuk oleh BPJS Kesehatan dikolektif dan langsung tersetor pada BPJS Kesehatan pusat. Pengelolaan dana yang masuk pada BPJS Kesehatan itulah yang dimaksud dengan Dana Jaminan Sosial. Tidak ada dana yang terkolektif di tingkat kota maupun provinsi. Tetapi untuk berapa jumlah peserta yang telah membayar kantor cabang akan terverifikasi oleh kantor pusat.

Pembagian dana yang ada untuk BPJS Kesehatan dijelaskan kembali

bahwa, dana pada BPJS Kesehatan terbagi menjadi 2 (dua) dana Jaminan

Sosial, yaitu untuk memberikan manfaat jaminan kesehatan kepada peserta,

dan dana operasional yang digunakan untuk kebutuhan operasional BPJS

Kesehatan termasuk dalam gaji dan belanja pegawai.

Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 disebutkan Dana Jaminan

Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan

ian beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk

pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional program

Jaminan Sosial.

Peran BPJS Kesehatan berperan dalam pembagian dana iuran sesuai

dana kapitasi yang telah dilaporkan oleh fasilitas kesehatan. Pengelolaan dan

Pemanfaatan Dana Kapitasi untuk Peningkatan Mutu Layanan Tingkat Pertama

(Perpres No. 32 Tahun 2014). Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per

bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang

terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang

diberikan.

Sistem ini diartikan sebagai sistem pembayaran yang dilakukan oleh

pihak ketiga atau pihak asuransi setelah pencari layanan kesehatan berobat.

Sistem *health Insurance* ini dapat berupa sistem kapitasi dan sistem *Diagnose*

Related Group (DRG System). Sistem kapitasi merupakan metode pembayaran

untuk jasa pelayanan kesehatan dimana PPK menerima sejumlah tetap

penghasilan per peserta untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode

waktu. Pembayaran bagi PPK dengan sistem kapitasi adalah pembayaran yang

dilakukan oleh suatu lembaga kepada PPK atas jasa pelayanan kesehatan

dengan pembayaran di muka sejumlah dana sebesar perkalian anggota dengan satuan biaya (unit cost) tertentu. Peserta Penerima Upah yang menjadi peserta akan membayar iuran dimuka untuk memperoleh pelayanan kesehatan paripurna dan berjenjang dengan pelayanan tingkat pertama sebagai ujung tombak yang memenuhi kebutuhan utama kesehatan dengan mutu terjaga dan biaya terjangkau.

Sistem kedua yaitu DRG (Diagnose Related Group) tidak berbeda jauh dengan sistem kapitasi. Pada sistem ini, pembayaran dilakukan dengan melihat diagnosis penyakit yang dialami pasien. PPK telah mendapat dana dalam penanganan pasien dengan diagnosis tertentu dengan jumlah dana yang berbeda pula tiap diagnosis penyakit. Jumlah dana yang diberikan ini, jika dapat dioptimalkan penggunaannya demi kesehatan pasien, sisa dana akan menjadi pemasukan bagi PPK.

Kelemahan dari sistem Health Insurance adalah dapat terjadinya *underutilization* dimana dapat terjadi penurunan kualitas dan fasilitas yang diberikan kepada pasien untuk memperoleh keuntungan sebesar-besarnya, selain itu jika peserta tidak banyak yang bergabung dalam sistem ini maka resiko kerugian tidak dapat dihindarkan. Namun dibalik kelemahan, terdapat kelebihan sistem ini berupa PPK data mendapat jaminan adanya pasien (*captive market*), mendapat kepastian dana dan di tiap awal periode waktu tertentu, PPK taat prosedur sehingga mengurangi terjadinya *multidrug* dan *multidiagnose*. Sistem ini akan membuat PPK lebih kearah preventif dan promotif kesehatan.

Penilaian dari Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menyatakan sistem kapitasi dinilai lebih efektif dan efisien menurunkan angka kesakitan dibandingkan

dengan sistem layanan (*fee for service*) yang selama ini berlaku. BPJS

Kesehatan hanya bertugas sebagai verifikator yang menerima jumlah kapitasi

disiap FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Tarif kapitasinya

telah diatur dalam peraturan kementerian kesehatan.

3) Sanksi Iuran Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan memiliki fungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Salah satu tugasnya adalah memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan Pemberi Kerja (UU No 24 Tahun 2011 Pasal 10).

Badan usaha maupun pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti (pasal 15 ayat 1). Sanksi yang dikenakan bagi pemberi kerja yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dalam ayat 15 ayat 1 akan terkena sanksi administratif, berupa teguran tertulis, denda, dan/atau tidak mendapatkan pelayanan publik tertentu.

Kutipan wawancara diatas menjelaskan adanya dua macam sanksi yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan KCU Surabaya sesuai dengan bidang yang menanganinya. Jika pemberi kerja tidak sesuai dengan 3 (tiga) objek kepatuhannya, maka akan dikenakan sanksi administratif. Pemberian sanksi pembayaran iuran dimulai dari keterlambatan pembayaran iuran sampai dengan tidak membayar iuran sama sekali oleh badan usaha. Tenaga kerja setiap bulan akan dipotongkan dari upah yang diterimanya dikalikan persentase yang sudah diatur dalam UU no 24 tahun 2011. Apabila pemberi kerja menyalahi aturan tersebut, pekerja dapat melaporkan kepada BPJS Kesehatan atau kepolisian karena ketidakadilan dalam pungutan pembayaran iuran.

Informan BPJS Kesehatan KCU Surabaya menyebutkan,

Pemberian sanksi bermacam-macam seperti yang dipaparkan oleh informan BPJS Kesehatan tersebut, bahwa kewajiban pemberi kerja dalam UU Nomor 24 tahun 2011 pasal 19 telah jelas, wajib memotong iuran yang menjadi beban dirinya yaitu 4% dan dibayarkan ke BPJS Kesehatan. Jika hal tersebut tidak dilaksanakan maka dapat dikenakan hukuman sesuai pasal 55 yaitu kurungan penjara atau denda.

Pembayaran iuran pada Pekerja Penerima Upah adalah pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan yang dibayarkan oleh badan usaha. Apabila terlambat dalam pembayaran tidak ada denda, melainkan kenonaktifan kepesertaan Kartu JKN yang tidak dapat digunakan setiap bulannya. Informan BPJS Kesehatan menjelaskan,

Penghapusan denda tersebut seperti yang dijelaskan, baru dilaksanakan pada tahun 2016 setelah munculnya peraturan presiden nomor 19 tahun 2016. Sebelumnya untuk peningkatan cakupan kepesertaan, dan meningkatkan jumlah pengelolaan dana iuran diterapkan denda bagi badan usaha yang terlambat membayar iuran setiap bulannya.

Selain penegasan dalam adanya sanksi BPJS Kesehatan juga menghitung kelebihan dan kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan dan kekurangan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan dan kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya.

5.2.1.2 Proses Implementasi BPJS Kesehatan dari tahun 2014 – 2016

a. Perluasan Kepesertaan untuk Peserta Penerima Upah Untuk Tenaga Kerja Swasta

Sebagaimana namanya, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan jaminan perlindungan kesehatan yang diperuntukkan bagi seluruh rakyat Indonesia tanpa terkecuali. Setiap penduduk Indonesia dan Warga Negara Asing (WNA) yang tinggal di Indonesia minimal mendaftar sebagai peserta JKN. Ketentuan ini sesuai dengan prinsip pelaksanaan yang diadopsi oleh JKN, yaitu kepesertaan wajib. Secara teoritis jika seluruh penduduk telah terdaftar pada asuransi sosial, maka resiko sakit penduduk tersebut dapat diprediksi mendekati risiko sakit yang ideal dari suatu kumpulan. Dengan demikian, proyeksi pembiayaan kesehatan yang dihasilkan dapat mendekati kondisi aktual. Hal ini terjadi karena berjalannya prinsip gotong royong dari peserta yang sakit ke peserta yang sehat, dari peserta yang tua ke peserta yang muda, dan dari peserta yang kaya ke peserta yang miskin.

Kepesertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dijelaskan dalam Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Kepesertaan Jaminan kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014 hingga mencakup seluruh penduduk Indonesia paling lambat 1 Januari 2019.

Kepesertaan atau yang selanjutnya disebut Peserta Jaminan Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling

singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI), yaitu fakir miskin dan orang tidak mampu yang didaftarkan oleh Pemerintah, dan Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI) yang terdiri dari: Pekerja Penerima Upah (PPU) dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau Perorangan.

Dalam rangka memenuhi amanat undang-undang mengenai kewajiban memberikan perlindungan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia, BPJS Kesehatan mengingatkan para pemilik dan manajemen perusahaan untuk bergegas mendaftarkan entitas dan karyawannya menjadi peserta Kaminan Kesehatan Nasional

Disisi lain, jumlah BU yang telah bergabung menjadi peserta JKN mencapai 187.083 BU se- Indonesia, sumber dari BPJS Kesehatan menyebutkan dengan jumlah BU terbanyak berasal dari Jakarta (55.072 BU), Surabaya (23.319 BU) dan Semarang (21.217 BU). Memperoleh jaminan kesehatan adalah hak pekerja yang tidak boleh ditunda, apalagi baru dipenuhi ketika yang bersangkutan sakit atau membutuhkan pelayanan. Terlebih, sustainibilitas program JKN yang dikelola BPJS Kesehatan sangat bergantung kepada iuran peserta yang sehat membayar biaya pelayanan kesehatan peserta yang sakit. Untuk mendukung perluasan kepersertaan PPU, diperlukan optimalisasi kepatuhan melalui sinergi seluruh instansi terkait dalam menegakkan kepatuhan. Di sisi lain, untuk meningkatkan kepuasan kepuasan peserta, dilakukan pula intensifikasi sarana dan prasana fasilitas kesehatan yang sudah tersedia maupun penambahan fasilitas kesehatan RS.

Inobasi suara pelanggan, *customer service Timer Index* dan *dashboard RS*

merupakan wujud komitmen BPJS Kesehatan untuk meningkatkan kepuasan peserta.

Secara menyeluruh BPJS Kesehatan memberikan inovasi untuk menarik perusahaan agar mendaftarkan pekerjanya dalam program JKN, yaitu dengan CoB. Coordination of Benefit (CoB) yang diklaim telah disempurnakan aturannya dianggap lebih menguntungkan bagi peserta maupun perusahaan Asuransi. Pertama, dilihat dari sisi kepesertaan, jika sebelumnya badan usaha mendaftarkan langsung kepesertaan JKN ke BPJS Kesehatan, kini dengan terbitnya aturan baru CoB, badan usaha dapat mendaftarkan kepesertaan JKN melalui perusahaan AKT. Kedua, dari sisi pembayaran iuran, jika dulu pembayaran iuran dilakukan secara terpisah antara iuran JKN dengan premi AKT, maka kini pembayaran iuran JKN dapat dilakukan bersamaan dengan pembayaran premi AKT. Ketiga, dari segi pelayanan kesehatan, jika aturan CoB yang lama membatasi rujukan hanya dari FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka dalam aturan CoB baru, peserta CoB JKN-KIS dapat menggunakan rujukan yang berasal dari FKTP non BPJS Kesehatan yang bermitra dengan perusahaan AKT, dengan catatan rujukan tersebut untuk kasus non spesialisik.

Peserta Badan Usaha dapat memilih program CoB sebagai jaminan kesehatan dan memberikan kenyamanan bagi pekerja. Untuk saat ini strategi BPJS Kesehatan KCU Surabaya adalah mejaring kepesertaan melalui kerja sama dengan badan perijinan (PTSP) serta sosialisasi yang bekerja sama dengan Disnaker, dan ARO untuk meningkatkan jumlah kepesertaan dari badan usaha. Mengingat badan usaha di Surabaya semakin bertambah dengan semakin berkembangnya ekonomi. Penjelasan dari hasil wawancara

bahwa perluasan kepesertaan BPJS Kesehatan khususnya untuk badan usaha telah bekerja sama dengan PTSP dari pemerintah daerah. BPJS Kesehatan mendapatkan daftar nama perusahaan dari badan perijinan dalam hal perijinan perpanjangan usaha ataupun pendaftaran perijinan usaha yang baru. Data tersebut dikumpulkan dan akan ditindak lanjuti oleh ARO untuk segera mendapatkan sosialisasi tentang manfaat menggunakan BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan telah memberikan kemudahan dalam hal pelayanan pendaftaran kepesertaan yaitu dengan cara online dan konvensional (manual) jika *online* dapat dilakukan dengan cara menggunakan website <http://bpjskesehatan.go.id> dengan menyiapkan dokumen persyaratan atau dengan menggunakan sistem pengisian kolom 37 untuk pendaftaran dan dikirimkan melalui email kepada pegawai bidang kepesertaan. Secara manual, yaitu dengan cara mengisi formulir sesuai dengan data peserta yang ingin didaftarkan dan diberikan kepada petugas *front office* untuk segera di input ke dalam sistem. Permasalahannya adalah kurangnya koordinasi data, jika data telah didaftarkan secara online, baik itu pendaftaran badan usaha baru juga mendaftarkan secara manual, maka data yang terekam adalah *double* data. Telah dikonfirmasi oleh pegawai BPJS Kesehatan melalui wawancara bahwa terdapat lebih dari 10.000 data badan usaha yang terekam, tetapi belum teridentifikasi data tersebut termasuk *double* data dari badan usaha.

b. Pelayanan Peserta Penerima Upah Untuk Tenaga Kerja Swasta

Bergulirnya program Jaminan Kesehatan Nasional berdampak pada pelayanan kesehatan masyarakat. Program JKN membuka akses lebih besar kepada masyarakat untuk mendapat jaminan pelayanan kesehatan. Secara

bertahap, Program JKN pun terus berkembang pesat hingga kini dan bergerak menuju cakupan semesta. Secara nasional jumlah masyarakat yang telah mengikuti Program JKN mencapai 180 juta jiwa atau lebih dari 70% dari jumlah proyeksi penduduk Indonesia tahun 2017.

Tidak terkecuali perubahan jaminan kesehatan untuk tenaga kerja. Tenaga kerja yang termasuk dalam peserta penerima upah sebelum adanya program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan ditanggung oleh JAMSOSTEK. UU Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN telah memberikan jaminan sosial untuk tenaga kerja yang terdiri dari lima jaminan, yaitu JKK, JKM, JHT, JPK, dan JP. Setelah transformasi jaminan pemeliharaan kesehatan diserahkan ke BPJS Kesehatan.

Pelayanan kesehatan berubah, dari jaminan pemeliharaan kesehatan yang pada awalnya menggunakan sistem *reimbursment* sekarang menggunakan sistem kapitasi sesuai dengan fasilitas kesehatan yang dipilih oleh pekerja. Pekerja cukup menunjukkan kartu BPJS Kesehatan di fasilitas kesehatan yang ditunjuk dan tanpa mengeluarkan biaya sedikitpun. Informan perwakilan badan usaha menjelaskan,

Sesuai hasil wawancara, alur pelayanan kesehatan yang digunakan untuk tenaga kerja berdasarkan yang *mengcover* berbeda. BPJS Kesehatan memberikan kemudahan untuk mendapatkan pelayanan, tanpa mengeluarkan biaya lagi. Tetapi dengan konsekuensi antrian yang panjang dan harus datang pagi jika ingin mendapatkan pelayanan yang cepat.

Pelayanan kesehatan pada BPJS Kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL). FKTP terdiri dari puskesmas, dokter pribadi, klinik

pratama dengan menggunakan sistem pembiayaan kapitasi. Sedangkan untuk FKTL terdiri dari Rumah Sakit Daerah dan Swasta yang bekerja sama menggunakan sistem INA Cbgs. Jadi perubahan sistem pembiayaan berpengaruh pada sistem pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Informan menjelaskan bahwa dulu pelayanan kesehatan menggunakan sistem *fee for service* (biaya untuk mendapatkan pelayanan) sehingga tenaga kerja yang ingin berobat dan mendapatkan pelayanan yang baik, maka dia harus membayar mahal. Dan sekarang pelayanan kesehatan menggunakan sistem kapitasi dan INA CBGs.

Perubahan paradigma dalam pola pelayanan BPJS Kesehatan bahwa dengan menggunakan sistem kapitasi akan menekan seseorang untuk tidak lagi banyak berobat. Tapi faskes tingkat pertama berperan dalam pemenuhan kesehatan bagi tenaga kerja. Jadi paradigmanya sekarang berbeda jika dulu semakin banyak yang sakit jadi faskes dan dokter dapat banyak uang. Sekarang paradigmanya dirubah pencegahan dan upaya preventif.

Hasil wawancara tersebut memberikan penjelasan bahwa perubahan paradigma untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, tidak hanya ketika dalam keadaan sakit. Namun yang sedang diupayakan adalah kegiatan preventif. Jadi perubahan paradigma dengan menggunakan sistem pembiayaan kapitasi dan INA CBGS tersebut memberikan dua keuntungan. Pertama keuntungan diperoleh tenaga kerja untuk jauh lebih sehat dan bugar/ tidak sakit, sedangkan kedua, puskesmas akan sedikit memeberikan pelayanan kesehatan, karena adanya pencegahan atau kegiatan preventif, sedangkan masyarakat mendapatkan keuntungan dengan menjadi hidup lebih sehat tanpa sakit.

Untuk mendapatkan pertanggungjanaan dari JKN, peserta tetap harus menerapkan prosedur yang berlaku, termasuk pelayanan berjenjang. Peserta harus membawa surat rujukan primer yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Di bawah ini adalah matrik koordinasi manfaat JKN.

Matrik tersebut menunjukkan koordinasi manfaat yang tidak dapat dilakukan untuk layanan rawat jalan tingkat lanjut. Koordinasi manfaat pelayanan rawat inap di RS kerjasama BPJS Kesehatan, berlaku apabila peserta meningkatkan hak kelas rawatnya. BPJS Kesehatan menjadi penjamin pertama dan selisihnya akan dibayarkan oleh asuransi kesehatan tambahan.

Aplikasi INA-CBfs secara langsung dapat memisahkan biaya yang ditagihkan ke BPJS Kesehatan dan biaya yang akan ditagihkan ke asuransi tambahan.

Untuk pelayanan rawat inap tingkat lanjut di BPJS Kesehatan, berlaku untuk pelayanan sesuai hak kelas perawatan maupun jika terjadi kenaikan hak kelas perawan A. BPJS kesehatan menjamin biaya pengobatan sesuai dengan biaya INA CBGs di rumah sakit. Sedangkan asuransi kesehatan tambahan akan menanggung selisih biaya dari pengobatan tersebut. selanjutnya asuransi kesehatan tambahan akan mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan untuk menagihkan biaya yang menjadi kewajibannya.

Palumbo (dalam Wayne Parsons, 2001, h.549) mengatakan bahwa kajian studi evaluasi meliputi dimensi-dimensi, salah satunya adalah evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan pada saat proses implementasi kebijakan sedang berlangsung. Tujuannya adalah untuk mengetahui seberapa jauh sebuah program yang diimplementasikan dan kondisi-kondisi apa yang dapat diupayakan untuk meningkatkan keberhasilannya. Untuk itu perlu diketahui

penilaian peserta BPJS Kesehatan tentang pelayanan kepesertaan dan pelayanan kesehatannya.

Beberapa hasil wawancara menyebutkan bahwa perubahan pelayanan kesehatan dari jaminan pemeliharaan kesehatan yang pada awalnya menggunakan sistem *reimbursement* oleh jamsostek, menjadi sistem kapitasi sesuai dengan fasilitas kesehatan yang telah dipilih oleh tenaga kerja memberikan keuntungan yang berbeda-beda. Awalnya tenaga kerja yang ingin berobat dengan menggunakan jamsostek, mereka harus menyediakan sejumlah uang untuk dibayarkan ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan layanan, tetapi sekarang cukup menunjukkan kartu JKN, dan mendaftarkan di loket yang disediakan, tanpa mengeluarkan biaya lagi untuk mendapatkan layanan pengobatan. Hasil wawancara dengan peserta badan usaha dan tenaga kerja menilai cukup puas dengan jaminan kesehatan oleh BPJS Kesehatan, dengan alasan semua biaya tercover oleh BPJS Kesehatan, tanpa perlu mengeluarkan biaya lagi. Cukup dengan dipotong gaji setiap bulan sesuai dengan upah yang diterima. Kurangnya adalah, disebutkan bahwa masih terdapat antrian di faskes tingkat pertama maupun tingkat rujukan, berbeda dengan menggunakan jaminan kesehatan oleh Jamsostek, yang mendapatkan prioritas pelayanan untuk tenaga kerja.

Penilaian peserta badan usaha dan tenaga kerja untuk pelayanan kepesertaan dinilai kurang puas, dengan hasil wawancara lebih dari 10 peserta mengeluhkan sistem antrian untuk pendaftaran baik secara manual maupun *online*. Peserta membandingkan dengan pelayanan kepesertaan BPJS Ketenagakerjaan yang sudah menggunakan sistem *online* dan praktis dalam mendaftarkan ataupun mutasi. Sistem *online* pendaftaran pada BPJS Kesehatan

sebenarnya sudah ada menggunakan *e-dabu*, namun sistem tersebut masih membutuhkan banyak penyempurnaan untuk dapat digunakan secara mandiri oleh peserta badan usaha. Kemudian sistem *online* lain dengan menggunakan kolom 37 (file excel) yang dikirim ke bidang kepesertaan harus menunggu konfirmasi lebih dari 1 (satu) hari. Selain itu lamanya konfirmasi dan balasan email, badan usaha harus menunda kepesertaan tenaga kerja karena pelayanan dibatasi maksimal tanggal 20 setiap bulannya. Oleh karena itu perlunya peningkatan pelayanan BPJS Kesehatan dalam pendaftaran kepesertaan untuk badan usaha dan khususnya tenaga kerja di Surabaya.

5.2.1.3 Output/Hasil Implementasi Program JKN untuk Tenaga Kerja di Kota Surabaya

Jaminan Kesehatan Nasional adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dilaksanakan bertahap oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menuju *Universal Coverage*. Hasil merupakan bentuk-bentuk tujuan kebijakan dan program yang tercapai selama proses implementasi program JKN.

Mengacu pada WHO memberikan pedoman sebagai berikut, Pertama, seberapa besar persentase penduduk yang dijamin, kedua adalah seberapa lengkap pelayanan yang dijamin, dan ketiga seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung. Karena fokusnya adalah program JKN untuk tenaga kerja maka sebagai ukuran kinerja adalah pertama, seberapa besar jumlah kepesertaan tenaga kerja di BPJS kesehatan mulai dari tahun 2014 sampai dengan 2016. Kedua, seberapa lengkap pelayanan yang dijamin untuk tenaga kerja dan ketiga, seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh tenaga kerja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

a. Jumlah kepesertaan tenaga kerja di BPJS Kesehatan.

Kepesertaan tenaga kerja di BPJS kesehatan dapat diketahui dengan berapa jumlah badan usaha yang telah terdaftar di BPJS Kesehatan Kota Surabaya. BPJS KCU Kota Surabaya telah memberikan pelayanan dari tahun 2014 sampai dengan saat ini. Kepesertaan yang ditangani merupakan seluruh wilayah kota Surabaya. Dalam hal ini terbagi menjadi 31 kecamatan. Di setiap kecamatan diketahui beberapa badan usaha yang telah mendaftarkan pada BPJS Kesehatan. Terlihat dalam tabel berikut jumlah kepesertaan badan usaha dari tahun 2014 sampai dengan 2016

Jumlah badan usaha mengalami fluktuatif, pada tahun 2014 adalah masa dalam transformasi Jaminan Kesehatan untuk tenaga kerja dari PT Jamsostek menjadi BPJS Kesehatan. Total jumlah badan usaha pada tahun 2014 adalah 4221 badan usaha yang tersebar di 31 kecamatan di Surabaya. Badan Usaha yang aktif dalam melakukan pembayaran, dan pendaftaran kepesertaan tenaga kerja dan aktifitas lain sebesar 3122 dan yang tidak aktif mencapai 1099. Pada tahun 2015 jumlah badan usaha mengalami penurunan yaitu 1985 dengan total keseluruhan badan usaha yang aktif sebanyak 1985 dan tidak aktif 160 badan usaha. Pada tahun 2016 kembali meningkat dengan total badan usaha sebesar 7846 dengan aktif dalam kepesertaan sebesar 2066 dan kenonaktifan hingga mencapai angka 5780 badan usaha.

Dari jumlah badan usaha telah di dapat berapa jumlah tenaga kerja yang telah menjadi kepesertaan BPJS Kesehatan. Berikut adalah jumlah tenaga kerja yang telah terdaftar menjadi peserta, tabel tersebut menjelaskan bahwa penurunan angka kepesertaan dari badan usaha. Namun dalam jumlah badan

usaha terlihat pada tahun 2016 mengalami kenaikan jumlah peserta yang mendaftar, setelah menurun pada tahun 2015.

Berdasarkan kutipan diatas telah jelas, penambahan jumlah BU aktif tidak diikuti dengan jumlah tenaga kerja, karena dimungkinkan adanya mutasi tenaga kerja yang keluar, atau bisa juga karena badan usaha belum mendaftarkan tenaga kerja baru di BPJS Kesehatan KCU Surabaya.

Agar BPJS Kesehatan dapat melaksanakan tugasnya dalam memperluas kepesertaan, badan usaha diberikan kemudahan untuk mendaftarkan tenaga kerja melalui beberapa cara seperti yang dijelaskan oleh informan BPJS Kesehatan berikut ini,

Hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa, selain pendaftaran dengan cara *offline* yakni dengan mendatangi kantor BPJS Kesehatan KCU Surabaya, dapat juga dengan cara online melalui mendaftarkan dengan kolom 37 yang telah diisi dan dilengkapi persyaratannya. Dengan cara demikian BPJS Kesehatan berharap mampu meningkatkan jumlah kepesertaan bagi tenaga kerja, sehingga tujuan dari BPJS Kesehatan dapat tercapai.

b. Pelayanan kesehatan yang dijamin untuk tenaga kerja

Pelayanan kesehatan untuk tenaga kerja tidak dibedakan dengan peserta yang lain. Menurut Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 adalah Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan pelayanan kesehatan tingkat rujukan tingkat lanjutan (FKTRL). Informan BPJS Kesehatan menjelaskan bahwa,

Seperti yang dijelaskan diatas, BPJS kesehatan berusaha meningkatkan kerja sama fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Pengembangan fasilitas kesehatan diharapkan mampu memberikan kualitas

elayanan kesehatan untuk tenaga kerja dan menghindari adanya jumlah antrian bagi tenaga kerja yang ingin menggunakan jaminan kesehatan dari BPJS Kesehatan. Selain itu semakin meningkatnya jumlah kepesertaan badan usaha yang tersebar di seluruh wilayah kota Surabaya, maka diharapkan fasilitas kesehatan tingkat pertama mampu dijangkau oleh tenaga kerja di setiap wilayahnya. Secara tabel fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai berikut,

Keseluruhan jumlah tersebut menunjukkan bahwa terdapat 63 puskesmas di Surabaya yang tersebar dari 31 kecamatan. Selain pengembangan jumlah FKTP, BPJS Kesehatan meningkatkan kerja sama untuk FKTRL. Jumlah FKTRL di Kota Surabaya berupa rumah sakit sebagai rujukan bagi tenaga kerja yang perlu ditangani secara spesialisik secara medis. Berikut jumlah FKTRL yang tersedia untuk memberikan pelayanan kesehatan.

Jumlah FKTP dan FKTRL yang diharapkan selalu ditingkatkan dan diperluas tidak lepas dari permasalahan. Karena kualitas dari pelayanan kesehatan itu sendiri yang diharapkan oleh tenaga kerja dalam mendapatkan jaminan kesehatan sesuai dengan iuran setiap bulannya.

Beberapa badan usaha yang berhasil diwawancarai sebagai perwakilan tenaga kerja menjelaskan bahwa, Seperti kutipan wawancara tersebut bahwa tenaga kerja masih mengeluhkan sistem pelayanan BPJS Kesehatan pada tingkat pelayanan fasilitas kesehatan. Karena generalisasi pelayanan pada semua lini masyarakat, maka antrian pelayanan kesehatan tidak dapat dihindari. Bagi peserta BPJS Kesehatan yang ingin menggunakan kartu JKN

di fasilitas kesehatan harus meluangkan waktu lebih banyak untuk mengantri dan mendapatkan pelayanan.

c. Biaya langsung yang masih ditanggung oleh tenaga kerja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Jaminan Kesehatan Nasional yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Asuransi kesehatan sosial lebih berpotensi mencakup seratus persen penduduk (*Universal Coverage*) dan relative dapat menekan biaya pelayanan kesehatan. Penjelasan pasal 19 UU SJSN menyatakan bahwa yang dimaksud prinsip asuransi sosial adalah sebagai berikut:

1. Kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah.
2. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif
3. Iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan.
4. Bersifat nirlaba.

Prinsip ekuitas yang dimaksud adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Kesamaan memperoleh pelayanan adalah kesamaan jangkauan finansial kesehatan.

Dalam pasal 19 ayat 2 UU SJSN menjelaskan “jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan”. Kebutuhan dasar kesehatan adalah kebutuhan layanan kesehatan yang memungkinkan seseorang yang sakit dapat sembuh kembali sehingga dapat berfungsi normal seusianya.

Biaya pelayanan yang dicover BPJS Kesehatan di fasilitas tingkat pertama adalah biaya kapitasi maksimal di puskesmas. Dari hasil wawancara dijelaskan bahwa dalam setiap peserta JKN yang telah membayar iuran telah mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pembiayaan tersebut dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan sistem kapitasi yang disesuaikan dengan jumlah kepesertaan pada faskes. Kapitasi tersebut diatur dalam Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 sebagai revisi permenkes no 19 tahun 2014. Iuran yang dioleh oleh BPJS Kesehatan dibayarkan untuk biaya kapitasi pada faskes tingkat pertama dan pelayanan tingkat lanjutan/faskes II.

Sedangkan biaya yang dicover oleh BPJS pada pelayanan tingkat lanjut/faskes II adalah biaya operasi seperti operasi Jantung, Caesar, Kista, Miom, Tumor, Odontektomi, Bedah Mulut, Usus Buntu, Batu Empedu, Mata, Bedah Vaskuler, Amandel, Katarak, Hernia, Kanker, Kelenjar Getah Bening, Pencabutan Pen, Penggantian Sendi Lutut, Timektomi dan Operasi Ginjal.

Pelayanan kesehatan yang dicover oleh BPJS Kesehatan dapat dimanfaatkan oleh semua peserta PPU yang telah membayar iuran setiap bulan. Peserta tidak perlu lagi mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan ketentuan sesuai dengan prosedur BPJS

Kesehatan dan sesuai dengan indikasi medis sesuai dengan kelas perawatannya. Jika pekerja ingin meningkatkan pelayanan dapat berkoordinasi dengan FKTP dan FKTRL untuk meningkatkan kelas rawat inap dan membayarkan selisih diakhir perawatan yang telah dilakukan.

Sesuai dengan tujuan evaluasi formatif adalah menilai sejauh mana sebuah program mencapai target populasi yang tepat, apakah penyampaian pelayanannya telah sesuai dan konsisten dengan spesifikasi program atau tidak, serta sumberdaya apa yang dikeluarkan dalam pelaksanaan program tersebut (Rossi & Freeman dalam Parsons, h 550), maka hasil evaluasi implementasi program JKN dilihat pada indikator pertama jumlah kepesertaan tenaga kerja di BPJS Kesehatan belum tercapai, dibuktikan dengan data jumlah kepesertaan pada tahun 2014 sampai dengan 2016 mengalami peningkatan, namun jumlah peserta tenaga kerja mengalami penurunan pada tahun 2016. Indikator pelayanan kesehatan yang dijamin untuk tenaga kerja, penilaian oleh badan usaha dan tenaga kerja cukup puas tetapi perlu adanya perbaikan khususnya antrian pelayanan baik pada pelayanan kepesertaan maupun peningkatan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan. Ketiga, indikator pada biaya langsung yang masih ditanggung oleh tenaga kerja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. peserta dari badan usaha dan tenaga kerja cukup puas dan sesuai dengan iuran yang dikeluarkan sesuai dengan UMK, karena tidak perlu mengeluarkan biaya lagi ketika ingin menggunakan jaminan kesehatan pada faskes tingkat pertama maupun tingkat lanjutan.

5.2.2. Faktor Penghambat dan Pendukung dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional pada tenaga kerja di Kota Surabaya :

5.2.2.1 Faktor Pendukung

a. Kualitas sumber daya manusia (SDM) yang berkompeten

Widodo (dalam Kharis, 2010, h.8) sumber daya manusia dapat dikatakan berkualitas manakala mereka mempunyai kemampuan untuk melaksanakan kewenangan dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Para pegawai BPJS terbagi dari beberapa divisi dan masing-masing divisi telah melaksanakan tugas dan fungsi sesuai dengan SOP.

Rekrutmen pegawai dilakukan secara professional. Penempatan pegawai dilakukan sesuai dengan latar pendidikan yang sesuai. Menurut Siagian (2009, h.163) profesionalisme adalah keandalan dan keahlian dalam pelaksanaan tugas sehingga terlaksana dengan mutu tinggi, waktu yang tepat, cermat, dan dengan prosedur yang mudah dipahami.

Selain itu, kompetensi masing-masing pegawai telah diperhitungkan untuk pelaksanaan pelayanan pada BPJS Kesehatan. Untuk tenaga PTT dengan sistem PKWT juga melalui sistem rekrutmen yang professional, dan terdapat evaluasi dalam kinerja para PTT setiap tahunnya.

Secara eksternal yaitu dari hubungan kerja sama antar lembaga BPJS kesehatan dengan fasilitas kesehatan. SDM mencakup pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan seperti tenaga medis dan tenaga farmasi.

Jadi dapat dipastikan bahwa fasilitas kesehatan yang dipilih oleh BPJS Kesehatan adalah telah melalui sistem kredensialing. Seperti hasil wawancara tersebut, untuk tenaga medis seperti ijin dokter pribadi yang akan bekerja sama

dengan BPJS Kesehatan, harus melalui proses kredensialing. Hal tersebut telah menjadi alasan utama sebagai perintah Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan peraturan pelaksanaannya, serta mewujudkan jaminan tersedianya layanan dan mutu yang dipercaya oleh peserta.

Kredensialing adalah proses seleksi BPJS Kesehatan untuk bekerja sama dengan fasilitas kesehatan dalam sebuah ikatan perjanjian (kontrak). Kredensialing sendiri dilakukan untuk mengetahui kapasitas dan kualitas kesehatan yang akan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sehingga peserta dapat dilayani dan tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai. Kebijakan kredensialing memberikan jaminan kualitas pelayanan yang relatif sama kepada seluruh masyarakat Indonesia.

Perwakilan Badan Usaha juga menjelaskan bahwa, setiap informasi yang dibutuhkan kepada BPJS Kesehatan KCU Surabaya telah dijawab sesuai dengan pertanyaan yang diberikan. Artinya tenaga kerja dapat menerima informasi secara langsung ketika datang di kantor BPJS Kesehatan untuk badan usaha.

Peserta badan usaha tersebut menjelaskan bahwa pelayanan BPJS Kesehatan KCU Surabaya telah membantu dalam mendapatkan informasi dan solusi dalam permasalahan yang terjadi di perusahaan mengenai BPJS Kesehatan. Beberapa perwakilan badan usaha memberikan penjelasan yang sama tentang pelayanan BPJS Kesehatan mengenai kualitas SDM.

b. Sistem informasi manajemen BPJS Kesehatan yang baik.

Sistem informasi manajemen menjadi hal yang penting dalam implementasi program jaminan kesehatan nasional. Karena program tersebut

adalah program yang melibatkan banyak pihak, baik masyarakat, peserta, BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan.

BPJS telah melaksanakan sistem informasi manajemen berbasis komputer dan *online*. Sistem database kepesertaan menggunakan sudah terhubung sistem dispendukcapil dengan Nomor Induk Kependudukan KTP, dan Nomor KK yang menjadi dasar dalam pendaftaran kepesertaan.

BPJS Kesehatan telah memiliki sistem informasi manajemen yang baik yaitu menggabungkan sistem input data kepesertaan dengan data dispendukcapil secara lengkap. Sistem pendaftaran oleh badan usaha pun dibuat secara online dengan menggunakan sistem e-dabu. Sistem tersebut mempermudah perwalian badan usaha untuk mendaftarkan tenaga kerjanya, namun dengan catatan yang bersangkutan belum pernah terdaftar di badan usaha lain, atau menjadi kepesertaan yang lain.

Sosialisasi penggunaan e-dabu sendiri baru dilaksanakan pada pertengahan 2016, dengan sistem yang belum sempurna. Sehingga lebih dari 30 persen badan usaha belum mengerti dan masih bingung dengan penggunaan e-dabu. Sistem e-dabu belum dapat membantu dalam pendafrn kepesertaan, maupun mutasi tenaga kerja dan fungsi yang lainnya, hanya dapat untuk cek jumlah kepesertaan saja, dan terkadang belum di update.

BPJS Kesehatan mengakui bahwa sistem e-dabu masih dalam penyempurnaan. Sehingga perlu

Dikonfirmasi hal tersebut langsung pada pihak BPJS Kesehatan, mengatakan bahwa e-dabu merupakan sistem yang baru lahir, jadi masih perlu penyempurnaan lagi.

- c. Peningkatan kerja sama dengan lembaga lain untuk memperluas cakupan kepesertaan.

BPJS Kesehatan berusaha untuk mencapai tujuannya yaitu *universal coverage* pada tahun 2019. BPJS Kesehatan selalu berupaya untuk memenuhi amanat Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN serta Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Untuk mencapai cakupan jaminan kesehatan semesta, diperlukan sinergi yang kokoh antara BPJS Kesehatan dengan segenap pihak. Apalagi pada tahun 2016 fokus utama BPJS Kesehatan adalah optimalisasi rekrutmen Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) dan pengawasan kepatuhan

Pada BPJS Kesehatan KCU Surabaya telah bekerja sama dengan PTSP untuk mengetahui pendaftaran jumlah badan usaha baru, atau perpanjangan surat ijin usaha / surat ijin operasional perusahaan untuk menjangkau keperluan baru.

BPJS Kesehatan telah meningkatkan usaha dalam perluasan kepesertaan dengan cara bekerja sama dengan lembaga perijinan (PTSP) dan adanya ARO (Assisten Relationship Officer) untuk keliling dari satu badan usaha satu ke badan usaha yang lain. Selain itu bekerja dengan dinas tenaga kerja di kota Surabaya untuk pengawasan kepesertaan Badan Usaha.

Pelaksanaan kerja sama dengan PTSP, dan Dinas Tenaga Kerja Surabaya dirasa efektif dalam memperluas kepesertaan untuk badan usaha.

Buktinya peningkatan jumlah peserta badan usaha meningkat seiring dengan dilaksanakannya kerja sama ini.

5.2.2.2 Faktor Penghambat

Faktor penghambat merupakan faktor-faktor yang menghambat proses implementasi program jaminan kesehatan nasional. BPJS Kesehatan KCU Surabaya menjelaskan faktor-faktor penghambat dalam implementasi program JKN untuk tenaga kerja di Kota Surabaya.

a. Rendahnya dukungan dari kelompok sasaran

Rendahnya kepercayaan BU terhadap kualitas layanan JKN serta keengganannya mematuhi alur pelayanan kesehatan berjenjang. Kualitas pelayanan menjadi ukuran untuk perluasan kepesertaan. Jika kualitas pelayanan bagus maka kepesertaan akan meningkat. Banyak badan usaha dan tenaga kerja yang masih melihat, dan merasakan pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama masih banyak terdapat antrian. Pelayanan kurang ramah dan terkesan mengesampingkan pelayanan BPJS Kesehatan dari pada pelayanan kesehatan umum. Keengganannya badan usaha untuk mendaftar ke BPJS Kesehatan karena kondisi pelayanan dari faskes yang kurang baik, antrian menjadi salah satu keluhan.

Selain itu BU umumnya sudah memiliki jaminan kesehatan lain yang dianggap lebih baik dibanding JKN. Terutama bagi level manajerial perusahaan keatas. Karena pandangan untuk mengikuti program JKN adalah program jaminan kesehatan untuk masyarakat tidak mampu, maka perusahaan akan menggunakan jaminan kesehatan komersial yang lebih dapat memberikan pelayanan yang baik tentu juga prestisius.

Beberapa badan usaha memiliki asuransi jaminan kesehatan tersendiri, seperti perusahaan dengan skala menengah keatas. Perusahaan lebih

memilih menggunakan jaminan kesehatan yang berbasis investasi, yaitu menggunakan asuransi komersial. Hasil wawancara dengan beberapa Badan Usaha dengan perusahaan ternama, perusahaan memiliki rumah sakit yang telah dipilih yang berkerja sama dengan asuransi komersial. Tidak hanya itu, tenaga kerja juga dapat memilih asuransi yang disediakan oleh perusahaan untuk *top up* pelayanan kesehatan. Beberapa BU pun telah memiliki faskes sendiri yang cukup memadai. Hal tersebut jelas memberikan rasa ketidakpercayaan badan usaha untuk mengikuti program jaminan kesehatan “milik” pemerintah. Karena perusahaan telah memberikan jaminan kesehatan yang jauh lebih baik dari jaminan kesehatan yang diberikan pemerintah, karena mereka mengandalkan investasi keuangan dari proporsional gaji/upah.

BU mau mendaftar ke JKN dengan syarat faskes tersebut dapat menjadi faskes BPJS kesehatan. Namun BU juga tidak bersedia jika faskes tersebut menjadi faskes umum yang bisa digunakan oleh peserta JKN di luar pegawai tersebut.

Beberapa BU harus mendafta sendiri jenis penyakit yang diderita karyawan dan harus berobat di faskes milik BU. Jika mereka bergabung dengan JKN, ketentuan ini akan sulit diterapkan karena pegawai bebas memilih faskes yang dikehendaki. Hal ini biasanya terjadi pada perusahaan obat dan kimia.

Dan yang terakhir adalah rendahnya komitmen BU milik beberapa negara asing untuk bergabung dengan JKN. Perusahaan milik negara asing biasanya memiliki standar jaminan kesehatan sendiri. Artinya rendahnya dukungan dari badan usaha untuk segera mendaftarkan kepesertaannya

karena ketidakpercayaan terhadap pelayanan jaminan kesehatan yang dimiliki oleh program JKN. Beberapa jawaban pertanyaan wawancara disimpulkan bahwa belum adanya kesadaran pribadi untuk mengikuti program JKN. Tetapi keterpaksaan karena adanya peraturan pemerintah dalam Undang-Undang yang mewajibkan untuk ikut. Dengan demikian program JKN oleh BPJS Kesehatan akan sedikit terhambat dengan keadaan tersebut. Meskipun pada akhirnya perusahaan pun akan mendaftarkan diri, karena program JKN wajib diikuti oleh semua tenaga kerja sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011.

- b. Kurangnya peraturan untuk pengawasan kepesertaan pada Badan Usaha dan tenaga kerja.

Kurangnya peraturan untuk pengawasan kepesertaan antara badan usaha dan tenaga kerja yang dimaksud adalah implementasi potongan iuran yang sesuai dengan peraturan BPJS Kesehatan. Badan usaha akan memberlakukan potongan iuran sesukanya karena hal tersebut tidak akan diperiksa oleh pihak BPJS Kesehatan maupun dinas tenaga kerja. Selama iuran lancar dibayarkan senilai yang dilaporkan tentu tidak akan menjadi masalah jika potongan *sharing* tidak sesuai.

Kemudian, belum berjalannya sanksi dan penegakkan hukum bagi BU yang tidak mendaftarkan pesertanya ke BPJS Kesehatan. Meskipun demikian, sebagian besar Kantor Cabang tengah menginisiasi kerjasama dengan Pemda setempat terutama Dinas Tenaga Kerja untuk melakukan sosialisasi JKN, mensinkronisasikan daftar BU, serta mengimplementasikan penegakan kepatuhan bagi BU yang belum mematuhi ketentuan yang ada.

d. Lemahnya peningkatan sosialisasi manfaat BPJS Kesehatan dengan badan usaha.

Minimnya jumlah staf pemasaran di kantor cabang BPJS Kesehatan.

Disetiap kantor cabang BPJS Kesehatan, rata-rata hanya terdapat 1-3 orang staf pemasaran, sedangkan target yang harus dicapai sangat besar.

Saat ini kerja sama BPJS mengencangkan fungsi ARO (Asisten Relationship Officer) untuk lebih banyak memperluas kepesertaan. Serta kerja sama dengan disnaker untuk mengedukasi badan usaha yang belum tahu tentang manfaat mengikuti program JKN.

BPJS Kesehatan juga bekerja sama dengan disnaker untuk mengadakan kunjungan rutin sebagai bentuk pengawasan, dan sosialisasi. Disnaker bersama-sama BPJS memberikan rekomendasi baik dari segi hukum, maupun manfaat untuk pemberi kerja dan pekerja itu sendiri.



BAB VI

Kesimpulan dan Saran

6.1 Kesimpulan

BPJS Kesehatan merupakan badan penyelenggara jaminan kesehatan nasional sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2014. Program BPJS Kesehatan dimulai dari 1 Januari 2014 sampai dengan sekarang. Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan untuk tenaga kerja di kota Surabaya baik dari segi *input*, proses dan *output* belum di implementasikan dengan baik, meskipun terbukti dengan adanya peningkatan jumlah kepesertaan badan usaha tetapi pelayanan masih terdapat keluhan dari badan usaha dan tenaga kerja untuk pelayanan BPJS Kesehatan maupun pelayanan kesehatan dari fasilitas kesehatan. Pelaksanaan pelayanan BPJS Kesehatan tidak dapat berdiri sendiri, karena saling berhubungan dengan *stakeholder* yang lain. Program dari kebijakan yang bersifat *top-down* ini telah dilaksanakan telah sesuai dengan peraturan perundang-perundangan, baik itu Perpres mengenai ketentuan iuran, Permenkes, mengenai pelayanan fasilitas kesehatan dan peran serta dari Dinas Tenaga Kerja dalam hal koordinasi pengawasan penjangkauan kepesertaan. Masing-masing *stakeholder* memiliki peran yang saling berkaitan untuk mewujudkan tujuan program Jaminan Kesehatan Nasional ini. Begitu halnya BPJS Kesehatan di kota Surabaya masih perlu banyak penyempurnaan, baik dari sistem informasi, data terintegrasi, dan perbaikan pelayanan fasilitas kesehatan khususnya bagi tenaga kerja di Surabaya.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan telaah teori yang berkaitan tentang Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Surabaya maka dapat diberikan saran sebagai berikut :

1. Perlunya ada regulasi yang mengatur tentang pengawasan lebih lanjut selain Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang penyelenggaraan BPJS Kesehatan pasal 19 ayat 1 dan 2 yang menyebutkan bahwa pemberi kerja wajib memungut iuran yang menjadi beban peserta dari pekerjajanya dan menyetorkannya kepada BPJS, dan Pemberi kerja wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS. Meskipun telah jelas tertulis disana, dan didukung oleh perpres tentang besaran potongan yang diwajibkan bagi masing-masing pemberi kerja dan pekerja. Tidak menutup kemungkinan terjadi *fraud* yang membebankan semua potongan kepada karyawan, dengan tanpa diketahui oleh pihak BPJS Kesehatan. Tentu saja hal tersebut tidak memenuhi prinsip keadilan karena terkait dengan pemerataan dan kesejahteraan kesehatan bagi tenaga kerja di Surabaya. Seperti hasil penelitian ini BPJS Kesehatan hanya dapat bertindak dengan adanya kecurangan yang dilakukan badan usaha jika ada salah satu pihak baik dari pekerja maupun serikat pekerja yang melaporkan adanya kecurangan tersebut, selama itu tidak terjadi maka pengawasan akan hal tersebut tidak akan berjalan dengan baik.

2. Perlu peningkatan pengawasan untuk verifikasi data jumlah penanganan pasien dan tindakan yang harus dilakukan dengan sistem berbasis

online. Baik itu melalui sistem kapitasi, maupun INA Cbgs. Diperlukan inovasi sistem berbasis online yang menunjang transparansi antara pasien peserta BPJS, pihak faskes (puskesmas, klinik, rumah sakit) dan BPJS Kesehatan KCU Surabaya. Sekarang pengawasan hanya dilakukan dari BPJS Kesehatan dan internal rumah sakit terkait klaim dan tagihan serta pembayaran dari pihak BPJS Kesehatan ke fasilitas kesehatan.

3. *Amnesty* iuran untuk Badan Usaha Baru, BPJS Kesehatan KCU Surabaya tidak dapat membuat kebijakan langsung selain kebijakan teknis dalam penyelenggarannya. Tetapi dimungkinkan BPJS Kesehatan Surabaya memberikan *diskresi* dan *amnesty* bagi Badan Usaha Baru yang ingin mendaftarkan tenaga kerja, mengingat kegiatan ekonomi dan usaha di Surabaya sangat tinggi, sehingga cakupan kepersetaan untuk PPU (Pekerja Penerima Upah) tidak hanya untuk usaha dengan skala besar, tetapi juga bagi Usaha Kecil Menengah.

4. Jemput bola untuk meningkatkan kuantitas kepesertaan untuk Badan Usaha.

Saat ini BPJS Kesehatan telah bekerja sama dengan PTSP untuk menjangkau data melalui perijinan usaha. Data yang diperoleh dari PTSP tersebut di *follow up* dengan cara datang ketempat badan usaha untuk sosialisasi dan edukasi. BPJS Kesehatan dapat menggunakan sistem untuk mempermudah peserta Badan Usaha mendaftar secara online, dan menerima berkas-berkas langsung melalui Badan Usaha yang didatangi.

Hal tersebut dirasa lebih efektif, untuk mencakup kepesertaan dan target *universal coverage* dapat terpenuhi di tahun 2019.

5. Data terintegrasi antara BPJS Kesehatan dengan BPJS Ketenagakerjaan melalui NIK (Nomor Induk Kependudukan). Selama ini data terintegrasi secara online untuk BPJS Kesehatan dapat diketahui dengan cara menggunakan sistem JKN-KIS dengan memasukkan NIK KTP. Setiap peserta yang ingin bergabung di Kepesertaan BPJS Kesehatan, maka dapat diketahui riwayat kepesertaannya apakah pernah terdaftar atau belum di sistem JKN. Karena sekarang yang sudah ada adalah integrasi data oleh sistem online antara perijinan pemda seperti PTSP (Pelayanan Terpadu Satu Pintu) dengan Badan Usaha, sedangkan dari pihak BPJS Kesehatan tersendiri belum bisa mengetahui jumlah tenaga kerja pada suatu badan usaha. Dari hal tersebut memungkinkan adanya *miss match* data yang menjadi peluang untuk tidak mendaftarkan tenaga kerjanya ke BPJS Kesehatan. Oleh karena itu tujuan keadilan sosial yang ingin diberlakukan belum terwujud dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab, S. 2005. *Analisis Kebijakan: Dari formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi aksara
- Ali, Faried H.M. 2004. *Filsafat Administrasi*. Jakarta: Rajawali Grafindo Persada
- Argyris, C. 1999. *On Organizational Learning*. Cambridge: Blackwell
- Antara News, Edisi Rabu 14 Desember 2016
- Cresswell. 2009. *Research Design, Qualitative & Quantitative Approach*. Los Angeles: Sage
- Dunn, William N. 2003. *Pengantar Analisa Kebijakan Publik II*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Edward III, George C. 1980. *Implementing Public Policy*. Washington DC: Congressional Quarterly Press.
- Grindle, Marille. 1980. *Politics and Policy Implementation in Third World*. New Jersey: Princenton University Press
- Jawa Pos, Edisi 7 Januari 2017
- Jody L. Fitzpatrick, dkk. 2004. *Program Evaluation Alternative Approaches and Practical Guidelines*. America: Person Education
- Mazmania Daniel. Paul Sabatier. 1983. *Implementation and Public Policy*. London: Scott, Foresman and Company.
- Moleong, J. Lexy. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Mukti, A.G. 2007. *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan*. Yogyakarta: PT. Karya Husada Mukti.
- Mukti, A.G. 2009. *SJSN, Program Idealis Miskin Operasional*, Suara Pembaruan, Jakarta
- Mukti, A.G. 2009. *Pengembangan Jaminan Pembiayaan Kesehatan Dalam Konteks Kesejahteraan Minimum: Studi Kasus Di Indonesia*. Dipaparkan dalam Seminar Nasional "Kesejahteraan Sosial Minimum" Dalam Rangka Dies Natalies Ke 60 UGM.
- Mustopadidjaja. 2002. *Manajemen Proses Kebijakan Publik*. Jakarta: Lembaga Administrasi Publik
- Nasution, S. 2003. *Metode Penelitian Naturalistik Kualitatif*. Jakarta: Tarsito

Parson, Wayne.1997.*Public Policy An Introduction to The Theory and Practice of Policy Analysis*.Cambridge:Edward Elyard Publishing

Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan

Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif kepada Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara dan setiap orang selain Pemberi Kerja, Pekerja dan Penerima Bantuan Iuran dalam Satu Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Presiden Nomor 12 Tahun 2013.

Samodra, Wibawa.1994.*Kebijakan Publik Proses dan Analisis*.Jakarta:Intermedia

Subarsono, A.G.2005.*Analisis Kebijakan Publik*.Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Suharto, Edi.2012. *Analisis Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta

Sugiyono.2003.*Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta

Thabrany dan Pujiyanto.*Efek Asuransi Kesehatan dan Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan: The Journal of The Indonesian Medical Association*, June 2000

Thabrany.*Current Health Insurance Coverage in Indonesia, Paper Presented in Asia Pacific Summit in Health Insurance and Managed Care*.Jakarta, May 22 – 26, 2002

Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Winarno, Budi. 2008. *Kebijakan Publik Teori dan Proses*. Jakarta: PT Buku Kita

Winarno, Budi.2014.*Kebijakan Publik: Teori, Proses dan Studi Kasus*.Yogyakarta: CAPS Pusat Kajian Politik FISIP UI

Wiyoto, Budi.2005. *Implementasi Kebijakan Publik*.Bandung:Griya Pustaka

Zahn, Markus.2006.*Perancangan Kota Secara Terpadu*.Yogyakarta:Kanisius

JURNAL

Janicki, Hubbert, 2013. *Employment-Based Health Insurance:2010.U.S.*
Department of Commerce. United States Census

Chua, Hong Teck. Julius Chee Ho Cheah.2011. *Financing Universal Coverage in
Malaysia: a case study.*Bandar Sunway, Malaysia





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
Jl. MT. Haryono 163 Malang 65145, Indonesia

Bapak / Ibu yang kami hormati,

Perkenalkan, saya mahasiswa Jurusan Administrasi Publik Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.

Dalam hal ini saya sedang mengadakan penelitian Tugas Akhir, dimana dengan kuesioner ini berhubungan dengan persepsi anda sebagai perwakilan perusahaan ataupun karyawan (PPU) Kota Surabaya. Hasil kuesioner ini tidak untuk dipublikasikan, melainkan untuk kepentingan penelitian semata.

Atas bantuan, kesediaan waktu dan kerja samanya saya ucapkan terima kasih.

Hari/Tanggal :	
Status :	Peserta (pekerja)/perwakilan perusahaan
Tujuan :	
Lokasi :	

1. Apakah perusahaan anda sudah terdaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan?

- a. Sudah (Jika Sudah, lanjutkan ke pertanyaan nomor 2)
- b. Belum (Jika Belum, lanjutkan ke pertanyaan nomor 9)

2. Sejak kapan menjadi peserta BPJS Kesehatan dan mengapa?

Alasan :

.....

3. Berdasarkan alasan berikut, manakah yang lebih mempengaruhi keikutsertaan perusahaan dalam BPJS Kesehatan?

- a. Karena mengikuti aturan pemerintah
- b. Karena sadar akan perlunya asuransi kesehatan bagi karyawan
- c. Alasan lainnya.....

4. Manfaat apa saja yang sudah diterima selama menjadi peserta BPJS Kesehatan?

- a. Jika anda peserta(pekerja), alasan :
-
- b. Jika anda perwakilan Perusahaan :
-

5. Frekuensi anda berkunjung ke BPJS Kesehatan?

- Baru kali ini
- Jarang (1-2 kali dalam sebulan)
- Cukup sering (1 kali dalam seminggu)
- Sering (> 1 kali dalam seminggu)

6. Keperluan apakah yang membuat anda berkunjung ke BPJS Kesehatan?

- a.
- b.
- c.

7. Sebagai perwakilan perusahaan, apakah anda mengenal system e-dabu sebagai system elektronik penghubung antara BPJS Kesehatan dengan BU (Badan Usaha)?

- a. SUDAH
- b. BELUM





8. Apakah sistem e-dabu cukup membantu dalam pendaftaran kepesertaan, dan aktifitas yang berhubungan dengan BPJS Kesehatan?

- a. SUDAH
- b. BELUM

Alasan.....

9. Mengenai iuran yang harus dibayarkan, bagaimana menurut anda apakah sesuai dengan pelayanan kesehatan yang didapatkan?

- a. YA, alasan.....

- b. BELUM, alasan.....

10. Sebagai perwakilan perusahaan apakah anda mengetahui tentang aturan pembayaran iuran harus minimal UMR/UMK Regional di Kota Surabaya?

11. Sebagai perwakilan perusahaan, apakah Anda mengetahui jika prosedur penonaktifan kartu kepesertaan BPJS Kesehatan jika ada keterlambatan pembayaran setiap tanggal 10 bulan berjalan?Bagaimana menurut Anda?

12. Apakah BPJS Kesehatan telah menjelaskan dengan baik prosedur-prosedur pelayanan kesehatan yang menjadi hak peserta tenaga kerja?

13. Apakah yang ingin anda sampaikan ke BPJS Kesehatan untuk menjadi badan pelayanan kesehatan yang lebih baik?

14. Menurut Anda apakah yang menjadi permasalahan selama pelayanan BPJS Kesehatan sebagai PPU (Pekerja Penerima Upah)?

Alasan,.....





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
 FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI

Jl. MT. Haryono 163 Malang 65145, Indonesia

Point 1 Indikator Input : SDM dan Dana

1. Bagaimana transformasi sebelumnya askes menjadi BPJS Kesehatan? dari tahun 2009 – sampai dengan sekarang?
2. Berapa jumlah seluruh SDM yang ada di Surabaya, (Struktur organisasi, tugas dan fungsi)
3. Berapa jumlah perusahaan (BU) yang telah terdaftar di BPJS Kesehatan di Kota Surabaya? (wcr & data)
4. Apakah BPJS mengetahui berapa perusahaan yang belum terdaftar dari jumlah perusahaan di Kota Surabaya?
5. Struktur Organisasi BPJS Kesehatan dalam melayani Badan Usaha?
6. BPJS Kesehatan di Ruko Mega Galaxi melayani wilayah mana saja?
7. Bagaimana alur dalam perolehan dana sampai dengan tahap untuk pelayanan kepada peserta BPJS Kesehatan?
8. Bagaimana dengan sistem denda jika Badan Usaha tidak membayar iuran sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan?
9. Adakah semacam amnesty bagi perusahaan/badan usaha yang tidak mampu membayar iuran sesuai dengan yang telah didaftarkan?
10. Terkait dengan transparansi, bagaiman BPJS Kesehatan memberikan kepercayaan mengenai alokasi dana telah sesuai dengan tujuan?
11. **(PERTANYAAN DAPAT BERKEMBANG)**

Point 2 Indikator Proses: meliputi tahap persiapan, perencanaan, pelaksanaan, pertanggungjawaban, pengembangan dan pelestarian program, pemantauan dan pelaporan sampai dengan pengawasan dan pengendalian.

1. Bagaimana persiapan BPJS Kesehatan setelah berubah menjadi badan yang sebelumnya adalah ASKES?
2. Apa saja yang menjadi perencanaan dalam melaksanakan program JKN/BPJS Kesehatan dalam mencapai tujuan?
3. Apa saja Program yang telah dibuat secara regional BPJS Kesehatan untuk mewujudkan tujuan dan apa saja yang menjadi kendala dalam pelaksanaan program BPJS Kesehatan?
4. Bagaiman cara mengatasi kendala-kendala yang muncul dalam pelaksanaannya?
5. Bagaimana pertanggungjawaban secara intern dan eksternal dari BPJS Kesehatan dalam menjalankan semua program-program dari BPJS Kesehatan





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
 FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
 Jl. MT. Haryono 163 Malang 65145, Indonesia

6. Bagaimana pengembangan dan pelestarian program BPJS kesehatan dalam meningkatkan pelayanan dan ketertarikan Badan Usaha untuk segera mendaftarkan karyawannya untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan?

7. (PERTANYAAN DAPAT BERKEMBANG)

Point 3 Indikator Output: Program Jaminan Kesehatan Nasional yang dilaksanakan BPJS

Kesehatan untuk tenaga kerja dapat terpenuhi.

1. Sesuai dengan tujuan JKN/BPJS Kesehatan yaitu menciptakan kesehatan dalam cakupan semesta tahun 2019, berapa persen dalam pencapaian dari tujuan dari visi BPJS Kesehatan?
2. Bagaimana cara meningkatkan pencapaian tujuan dari BPJS Kesehatan?
3. Apa saja yang menjadi kendala dalam pencapaian tujuan selama ini, terkait dengan Kepesertaan Badan Usaha?
4. **(PERTANYAAN DAPAT BERKEMBANG)**

Point 4 Indikator Outcome : yaitu hasil yang dicapai dari suatu program atau aktivitas dibandingkan dengan hasil yang diharapkan, terdiri dari penyerapan pendaftaran BU (Badan Usaha) baru yang meningkat, serta kenaikan persentasi jumlah tenaga kerja yang merasa terlayani dengan baik menggunakan BPJS Kesehatan.

1. BPJS Kesehatan telah berjalan dari transformasi tahun 2009 sampai dengan sekarang, adakah perubahan secara signifikan dari peserta BU (PPU) dalam menggunakan layanan dari BPJS Kesehatan?
2. Bagaimana dengan pencapaian tujuan antara dulu menggunakan ASKES dengan sekarang menggunakan BPJS Kesehatan?
3. Berapa jumlah komplain dalam sehari untuk Badan Usaha?
4. **(PERTANYAAN DAPAT BERKEMBANG)**

