

# **PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KABUPATEN TEMANGGUNG**

**Oleh:**

**Ritriani Ika Wulansari - 14010111130042**

**Mahasiswa Ilmu Pemerintahan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**

**Universitas Diponegoro Semarang**

**Jalan Prof. Soedarto,SH, Tembalang, Semarang. Kotak Pos 1269**

**Website: <http://www.fisip.undip.ac.id> Email: [fisip@undip.ac.id](mailto:fisip@undip.ac.id)**

## **ABSTRACT**

Already from the first, the government is already taking action and efforts in the health sector is to provide health insurance for all citizens of Indonesia. Based on article 5 of Law No. 36 of 2009 on Health, explained that everyone has an equal right to have access to resources in the health sector. Therefore, dated January 1, 2014 the government in the Social Security Agency (BPJS) Health implement policies to ensure the health of every citizen in the form of National Health Insurance (JKN).

In this study focused on the implementation of the National Health Insurance in Temanggung District. This study was conducted to determine how far the implementation of JKN in Temanggung and what are the obstacles and complaints in the implementation of this JKN. The method used is descriptive qualitative. Sources of primary data obtained through interviews with a purposive sample system (taking intentionally) to obtain key informants (people who know the correct and reliable), while secondary data sources obtained from documents, archives, and other sources related to the research. Analysis techniques using triangulation techniques, performed with test information with field observations, as well as to confirm to informant and other sources.

From the results it can be seen that in the course of one year policy, it can cover 45% of residents in the Temanggung District. In addition, there are many complaints that arise in the community as not know where FKTP where registered participants, participants were not given the maximum service due to the number of patients who exploded, drugs given standard, the existence of an early return from a claim that has been discharged, etc. From the giver services complained continuous regulatory changes occur, and a lack of coordination of the executive (BPJS) and service providers (FKTP). On the other hand, there are still many poor people who are not covered by JKN as PBI participants. As well as the most fundamental thing is the lack of awareness of the importance of community health insurance and also many who still objected to the specified monthly fee.

Should the enforcement of strict regulations so that the passage of health care can be a maximum again and also so that people can be aware that health insurance is important. Hopefully, the realization of the expectations of the public in 2019 all Indonesian citizens without exception has been a member of membership BPJS Health.

*Keywords: public health services, National Health Insurance, BPJS.*

## **ABSTRAKSI**

Dari tahun ke tahun, pemerintah sudah melakukan tindakan dan upaya di bidang kesehatan yaitu dengan memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh warga negara Indonesia. Berdasar pada pasal 5 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dijelaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Oleh karena itu tertanggal 1 Januari 2014 pemerintah dalam Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melaksanakan kebijakan untuk menjamin pelayanan kesehatan setiap warga negara dalam bentuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Pada penelitian ini difokuskan pada pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Temanggung. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pelaksanaan JKN di Kabupaten Temanggung dan apa saja yang menjadi hambatan serta keluhan dalam pelaksanaan JKN ini. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif deskriptif. Sumber data primer diperoleh melalui wawancara dengan sistem *purposive sample* (pengambilan dengan sengaja) untuk memperoleh *key informan* (orang-orang yang mengetahui dengan benar dan terpercaya), sedangkan sumber data sekunder diperoleh dari dokumen, arsip, dan sumber lain yang berhubungan dengan penelitian. Teknik analisa menggunakan teknik triangulasi, dilakukan dengan melakukan uji informasi dengan observasi lapangan, serta melakukan konfirmasi kepada informan dan sumber-sumber lain.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa dalam berjalannya satu tahun kebijakan, sudah bisa men-*cover* 45% warga masyarakat di Kabupaten Temanggung. Selain itu juga masih banyak keluhan yang muncul di masyarakat seperti tidak tahu dimana tempat FKTP dimana peserta terdaftar, peserta merasa tidak diberikan pelayanan maksimal akibat jumlah pasien yang membludak, obat yang diberikan standar, adanya pemulangan dini akibat klaim yang sudah habis, dsb. Dari sisi pemberi pelayananpun mengeluhkan perubahan regulasi yang terus menerus terjadi, dan kurangnya koordinasi dari pelaksana (BPJS) dan pemberi pelayanan (FKTP). Dilain pihak, masih banyak warga miskin yang belum tercover oleh JKN sebagai peserta PBI. Serta hal yang paling mendasar adalah kurangnya kesadaran dari warga masyarakat pentingnya jaminan kesehatan dan juga banyak yang masih merasa keberatan atas iuran bulanan yang ditentukan.

Sebaiknya adanya penegakan regulasi yang tegas agar berjalannya pelayanan kesehatan dapat lebih maksimal lagi dan juga agar masyarakat dapat lebih menyadari bahwa jaminan kesehatan itu penting. Semoga terwujudnya harapan dari masyarakat di tahun 2019 semua warga negara Indonesia tanpa terkecuali sudah menjadi anggota kepesertaan BPJS Kesehatan.

*Kata Kunci: Pelayanan Kesehatan, Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS.*

## **PENDAHULUAN**

Dalam kehidupan manusia, kesehatan menjadi hal penting yang dibutuhkan agar dapat terus melanjutkan hidupnya. Oleh karena itu, setiap orang berupaya untuk tetap menjaga kesehatan dan mendapatkan pengobatan yang layak atas setiap penyakitnya. Tak jarang orang yang

mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya karena faktor biaya. Oleh karena itu ada upaya langsung dari pemerintah agar masyarakatnya mendapat jaminan kesehatan. Pemerintah sudah melakukan tindakan dari tahun ke tahun agar masyarakat kurang mampu tetap bisa mendapatkan fasilitas kesehatan yang layak.

Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, yang telah mengalami perubahan seiring dengan waktu. Awalnya ia dikenal dengan nama program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin/JPKMM, atau lebih populer dengan nama program Askeskin (Asuransi Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin). Kemudian sejak tahun 2008 sampai dengan sekarang ia berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). JPKMM/Askeskin maupun Jamkesmas, kesemuanya memiliki tujuan yang sama, yaitu melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu, dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial. UUD 1945 mengamanatkan bahwa jaminan kesehatan bagi masyarakat, khususnya yang miskin dan tidak mampu, adalah tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah.

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat 1 menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.<sup>1</sup> Perubahan UUD 1945 Pasal 34 ayat 2 menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Untuk itu, UU tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) atau UU Nomor 40 Tahun 2004 turut menegaskan bahwa jaminan kesehatan merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial. Pada hakekatnya jaminan kesehatan bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup secara layak. Selanjutnya pada

---

<sup>1</sup> Undang Undang Dasar Republik Indonesia 1945

pasal 3, jelas tertulis bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Oleh karena itu, di awal tahun 2015 tepatnya 1 Januari 2014 pemerintah dalam Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melaksanakan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional. Sistem jaminan nasional merupakan program dari negara Indonesia yang mempunyai tujuan untuk memberikan kepastian perlindungan serta kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan nasional tersebut maka perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelola dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar besarnya kepentingan peserta.

Kebijakan ini sudah melalui proses panjang mulai dari perdebatan besaran iuran dan juga regulasi yang terkait. sampai akhirnya tanggal 1 Januari 2014 ditetapkan iuran untuk mandiri pembayaran premi kelas III sebesar Rp 25.500,00, kelas II sebesar Rp 42.500,00 dan Kelas I sebesar Rp 59.500,00. Dan untuk penerima bantuan iuran (PBI) sebesar Rp 18.000,00 dibayarkan oleh pemerintah.

Masalah masalah yang pemerintah hadapi terkait dengan pelaksanaan program JKN oleh BPJS Kesehatan hampir sama di setiap Kabupaten. Namun mengapa penulis mengambil lokasi penelitian di Kabupaten Temanggung adalah, ada beberapa Kabupaten lain yang melakukan kunjungan ke Temanggung seperti misal Kabupaten Jepara<sup>2</sup> yang belajar dari Kabupaten Temanggung. Dimana di Jepara sendiri mengalami banyak penolakan namun di Kabupaten Temanggung bisa mengatasi.

---

<sup>2</sup> Dalam Radar Semarang 8 Februari 2014

Di sisi lain, ketika kita melihat dari segi pelayanan, ada beberapa tempat pelayanan kesehatan di Kabupaten Temanggung yang menggunakan batas maksimal rawat inap. Padahal peserta BPJS yang sudah membayar iuran berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sampai pasien sembuh, namun ada beberapa kasus yang kurang di perhatikan oleh kita semua yang seharusnya bisa kita teliti dan kita kaji.

Teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori kebijakan publik, faktor pendukung pelayanan publik, dan manajemen pelayanan publik. Berdasarkan pada teori tersebut, penulis mencoba untuk menganalisis pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Temanggung apakah kebijakan tersebut sudah sesuai dengan tujuan awal kebijakan. Sedangkan metode yang penulis gunakan adalah metode kualitatif deskriptif dimana penulis melakukan penelitian dengan melakukan wawancara kepada pihak yang terkait.

## **GAMBARAN UMUM**

### **Sejarah Prinsip dasar Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Ada tiga prinsip penarikan iuran dalam satu program asuransi sosial yang diselenggarakan negara<sup>3</sup>. Pertama, prinsip Beveridge alias prinsip pasar. Menurut prinsip ini jaminan sosial didanai pemerintah lewat pajak. Rakyat tak perlu menerima tagihan atas layanan kesehatan. Karena mengandalkan pajak maka iuran ini meniscayakan porsi jumbo proporsi upah yang dipotong, yaitu berkisar 20 hingga 50 persen.

Kedua, prinsip Bismarck (diambil dari nama kanselir Jerman penggagas sistem jaminan sosial nasional). Berdasarkan prinsip ini, jaminan sosial didanai bersama-sama oleh pemerintah, pengusaha, dan pekerja. Subsidi iuran diberikan hanya untuk golongan tak mampu atau kalangan yang dianggap penting, seperti militer.

---

<sup>3</sup> Dinna Wisnu (Politik Sistem Jaminan Sosial, Gramedia, 2010, halaman 26),

Ketiga, prinsip pasar, seperti dilakukan oleh Medicare di Amerika Serikat (AS). Jaminan sosial didanai oleh iuran pekerja dan pengusaha saja, dikelola oleh lembaga swasta, tetapi ada aturan pemerintah yang menjadi patokan pengelolaan.

Berdasarkan kategori peserta maka program JKN mensyaratkan peserta menjadi pengiur. Artinya, semua peserta wajib mengiur untuk mengikuti JKN. Peserta dari kalangan pegawai formal akan mengiur bersama-sama dengan perusahaan. Pekerja informal atau profesional harus membayar iuran penuh. Terakhir, pengiur yang berasal dari kalangan tak mampu akan diberikan subsidi oleh pemerintah.

Dengan kata lain, Indonesia lebih memilih prinsip Bismarck dalam menarik iuran sebagai sumber pendanaan JKN, mengikuti jejak Jerman, Perancis, Belanda, dan Swiss. Inilah yang perlu dikritisi. Sebagai contoh, salah sasaran adalah isu klasik yang kerap mendera program bantuan sosial di Indonesia.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **1. Manajemen Pelayanan**

Setiap warga negara yang akan terdaftar menjadi peserta JKN, ada beberapa cara yang ditempuh, yaitu bagi PNS, TNI/Polri yang sudah terdaftar di Askes secara otomatis sudah berpindah menjadi kepesertaan JKN. Untuk pendaftar mandiri bisa melalui 2 jalur, yaitu jalur online dan juga jalur offline dengan mendatangi kantor BPJS setempat. Setiap peserta berhak untuk menentukan pilihan kelas dan pembayaran premi sesuai dengan fasilitas dan jaminan kesehatan yang diinginkan.

Setiap peserta mempunyai hak dan kewajiban sebagai anggota kepesertaan JKN, diantaranya: peserta berhak memperoleh identitas tunggal peserta dan memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan, peserta berhak memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja

sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Perpindahan kelas FKTP selanjutnya dilakukan setelah 3 bulan.

Setelah resmi terdaftar sebagai anggota BPJS Kesehatan, maka peserta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah sesuai dengan kelas, tempat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan. Setiap pemegang kartu BPJS Kesehatan berhak menerima pelayanan kesehatan di FKTP yaitu dokter keluarga atau Puskesmas dimana dia terdaftar. Peserta berhak memeriksakan diri dan menerima obat yang diperlukan. Jika menurut diagnosa dokter peserta perlu dirujuk sesuai dengan daftar diatas maka peserta akan dirujuk dari Puskesmas menuju Rumah Sakit yang ditentukan, dan juga endapatkan informasi dan menyampaikan keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Selain itu kewajiban Peserta antara lain: mendaftarkan diri dan membayar iuran, kecuali Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan pendaftaran dan pembayaran iurannya dilakukan oleh Pemerintah. Bila peserta tidak membayar iuran maka jika peserta ingin mengaktifkan kartu kembali, harus membayar kewajiban iuran yang belum terbayar ditambah 2%.

Peserta wajib melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukan identitas peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja dan peserta wajib mengikuti syarat dan ketentuan yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

## 2. Kepesertaan di Kabupaten Temanggung

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan penulis, Kepesertaan selama Januari-Desember 2014 sudah mencakup setengah dari keseluruhan jumlah penduduk. Artinya masih ada separuh dari masyarakat yang belum ter-*couverage* JKN. Ada yang

memang belum mengetahui tentang sosialisasi dan ada yang memang sengaja malas untuk mendaftarkan diri, karena pelayanan yang dirasa sangat standar dan tidak sabar mengikuti prosedur. Keluhan ini datang dari pihak menengah keatas seperti pengusaha yang ada di Kabupaten Temanggung. Selain itu dari pihak menengah kebawah pun ada perasaan keberatan untuk membayar iuran perbulan, karena dirasa masih memberatkan, apalagi ketika dirinya tidak tercover sebagai PBI.

### 3. Faktor Pendukung Pelayanan Publik

Faktor Kesadaran. Adanya kesadaran dapat membawa seseorang kepada keikhlasan dan kesungguhan dalam menjalankan atau melaksanakan suatu kehendak. Kehendak dalam lingkungan organisasi kerja tertuang dalam bentuk tugas, baik tertulis maupun tidak tertulis, mengikat semua orang dalam organisasi kerja.

Memang sudah sesuai peraturan dari pusat mengenai perekrutan pegawai di BPJS Kesehatan. Namun yang bisa dilakukan oleh pemerintah daerah dalam hal ini di bawah SKPD Dinas Kesehatan adalah dengan memaksimalkan kesadaran dan kinerja dari FKTP, yaitu dari pegawai puskesmas. Sudah menjadi ketentuan umum apabila setiap pegawai Puskesmas akan mendapatkan jasa pelayanan dari Jaminan Kesehatan Nasional. Namun tujuan dari pemerintah memberikan jasa pelayanan adalah untuk meningkatkan kesadaran dan semangat untuk memberikan pelayanan yang maksimal kepada masyarakat, namun sedikit menimbulkan permasalahan baru yaitu adanya selisih pendapat mengenai jasa pelayanan, karena terkadang dirasa kurang adil.

Faktor aturan. Pertama tama dalam hal pembuatan aturan, si pembuat aturan haruslah memiliki kewenangan untuk itu, dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan. Kewenangan erat hubungannya dengan sahnya suatu perbuatan atau tindakan yang diambil. Termasuk pembuatan aturan yang akan mengikat berbagai pihak.

Jadi dalam Permenkes yang tertuang dalam PMK No 28 tentang pedoman pelaksanaan Jamnina Kesehatan Nasional ditetapkan bahwa jasa pelayanan berkisar 40-60% dari total pengembalian. Sedangkan perbaruan pada PMK No19 tahun 2014 menetapkan sekurang kurangnya 60% dari dana kapitasi, dan memberi kewenangan kepada setiap Kabupaten atau Kota untuk menentukan sendiri besarnya, maka Pemerintah Kabupaten Temanggung dalam Peraturan Bupati mengambil jasa pelayanan sebesar 70%.

Disiplin waktu. Disiplin waktu adalah jenis disiplin yang paling mudah dilihat dan dikontrol baik oleh manajemen yang bersangkutan maupun oleh masyarakat. Mengenai disiplin terhadap jam kerja misalnya melalui sistem daftar absensi yang baik atau sistem apel, dapat dipantau secara tepat dan cepat. Begitu juga dengan Dinas kesehatan yang pada akhir tahun 2014 kemarin mulai menggunakan *finger print* untuk setiap Puskesmas yang ada di Kabupaten Temanggung. Walaupun memang bagus tapi sedikit tidak efektif dikarenakan ada beberapa oknum yang sering datang hanya untuk absen dan pergi lagi dengan urusan pribadi dan kembali di waktu jam pulang. Agaknya ini harus menjadi perhatian dari pemerintah.

#### 4. Keluhan dan hambatan yang muncul

Pertama, mengenai regulasi. Sejak diberlakukannya JKN oleh BPJS Kesehatan, pemerintah sudah membuat regulasi-regulasi untuk pelaksanaann JKN, baik mengenai SJSN, BPJS, Standar Tarif, Pedoman Pelaksanaan, dsb. Namun seiring berjalannya waktu regulasi tersebut terus menerus berubah, dan mengakibatkan kebingungan dikalangan pelaksana program.

Hal ini dialami oleh pelaksana di Kabupaten Temanggung bahwasanya sosialisasi mengenai perubahan regulasi sering terlambat dan tidak merata di setiap

Puskesmas, sehingga banyak kasus dimana pemberi pelayanan tidak tahu bahwa ada beberapa peraturan yang telah dibaharui.

Kedua, mengenai sosialisasi kepesertaan JKN di Temanggung. Dari sisi masyarakat pun banyak yang masih belum mengetahui sosialisasi bagaimana cara pendaftaran, alur, apa yang harus dilakukan untuk mendapatkan kartu, bagaimana dia bisa mendapat pelayanan tersebut, dsb. Hal ini dikarenakan sosialisasi seharusnya dilakukan oleh pihak penyelenggara, yaitu BPJS Kesehatan sudah bisa mencakup seluruh lapisan masyarakat, namun karena terbatasnya SDM maka sosialisasi menjadi kurang maksimal. Namun pihak pelaksana (Puskesmas, dokter, Rumah Sakit, dan bidan desa) sudah turut membantu melaksanakan sosialisasi, walaupun setelah satu tahun berjalannya kebijakan ini belum bisa mencakup keseluruhan masyarakat.

Ketiga, mengenai motivasi mendaftar. Kepesertaan selama Januari-Desember 2014 sudah mencakup setengah dari keseluruhan jumlah penduduk. Artinya masih ada separuh dari masyarakat yang belum ter-*couverage* JKN. Ada yang memang belum mengetahui tentang sosialisasi dan ada yang memang sengaja malas untuk mendaftarkan diri, karena pelayanan yang dirasa sangat standar dan tidak sabar mengikuti prosedur. Keluhan ini datang dari pihak menengah keatas seperti pengusaha yang ada di Kabupaten Temanggung. Selain itu dari pihak menengah kebawah pun ada perasaan keberatan untuk membayar iuran perbulan, karena dirasa masih memberatkan, apalagi ketika dirinya tidak tercover sebagai PBI.

Untuk memberikan pengertian kepada masyarakat memang tidak mudah, karena masyarakat kita adalah masyarakat yang heterogen, oleh karena itu diperlukan komitmen yang kuat dan saling berkesinambungan dari seluruh stakeholders terkait, karena ketika pemerintah sudah mempunyai keyakinan akan keberlangsungan psuatu

program pelayanan bagi masyarakat, komitmen, kesadaran, dan tanggung jawab untuk terus memperbaiki menjadi sangat penting.

Keempat adalah masalah keluhan. Masih banyak munculnya keluhan-keluhan dari masyarakat. Seperti tidak tahu dimana tempat FKTP dia terdaftar, karena ketika seseorang bingung biasanya akan didaftarkan kolektif oleh satu orang dan tidak saling berkoordinasi jika harus menentukan tempat pelayanan, oleh karena itu sosialisasi menjadi hal yang harus ditonjolkan karena permasalahan kecil seperti ini nampaknya harus tetap diperhatikan. Karena ketika seseorang sudah datang ke Puskesmas ternyata dia tidak tercover dan malah harus membayar sebagai peserta umum. Selain itu obat yang diberikan menjadi obat yang standar dan hanya diberikan untuk 3 hari, jadi muncul rasa enggan di hati peserta untuk kembali lagi dan mengantri lagi setelah obat habis dalam jangka waktu 3 hari.

Kelima adalah masalah koordinasi. Permasalahan yang kerap jarang dipecahkan namun menjadi batu sandungan adalah, kurangnya koordinasi di awal oleh pihak BPJS kesehatan dengan pihak pelaksana Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atau Rumah Sakit. Pihak BPJS sudah menetapkan klaim untuk setiap penyakit yang diderita oleh pasien, dan memberikan estimasi waktu perawatan, namun karena perbedaan kondisi fisik, usia, dan faktor-faktor lain menyebabkan perbedaan lama perawatan oleh pasien, sehingga tidak jarang pasien belum sembuh melebihi batas waktu klaim, padahal pihak Rumah Sakit dilarang untuk menarik iuran dari peserta, jadi pihak Rumah Sakit menjadi menanggung kerugian diluar klaim yang diberikan oleh BPJS. Karena tidak mungkin terus-menerus mengalami kerugian, maka yang beroleh dampak selanjutnya adalah masyarakat, pasalnya, pihak Rumah Sakit sering memberi anjuran pasien bisa pulang jika kondisi dirasa mampu namun belum fit benar.

Masih ada beberapa hal yang memang harus segera diatasi dan diperhatikan oleh pemerintah. Memang baru berjalan satu tahun dan sudah jelas ada permasalahan dan kekurangan disana sini, namun dari sisi masyarakat cenderung tidak mau tahu karena bagaimanapun juga masyarakat adalah penerima pelayanan dan ingin mendapatkan pelayanan yang terbaik. Penulis berharap untuk kedepan sampai mencapai target 2019, sudah ada perubahan perubahan ke arah kemajuan yang berarti untuk perbaikan pelayanan di Indonesia khususnya pelayanan kesehatan, karena bagaimanapun juga kesehatan adalah hak dasar dari setiap orang, karena kesehatan berpengaruh pada produktifitas kegiatan sehari hari.

## **KESIMPULAN**

Pemerintah dalam BPJS Kesehatan sebagai pelaksana kebijakan sudah berupaya maksimal untuk memberikan sosialisasi dan meningkatkan kesadaran masyarakat, namun memang butuh proses dan waktu untuk mewujudkan keseluruhan warga negara terjamin dalam BPJS. Namun sejauh ini Kabupaten Temanggung sudah mengalami progres yang baik yaitu mencapai 45% keanggotaan.

Masih banyak keluhan keluhan yang bermunculan di masyarakat terkait dengan pelayanan kesehatan di Kabupaten Temanggung seperti peserta tidak tahu dimana tempat FKTP dimana dia terdaftar karena didaftarkan secara kolektif ; peserta diberikan obat standar ; peserta merasa tidak diberikan pelayanan dengan maksimal karena jumlah pasien lain yang membludak ; antri yang cukup lama mengakibatkan sakit yang dirasa semakin menjadi ; dan pasien diperiksa hanya terkait indikasi yang diberikan dokter tidak bisa meminta cek laborat jika tidak sesuai dengan indikasi yang diderita pasien.

Disiplin waktu dan disiplin kerja diperlukan dalam manajemen pelayanan yang baik. Kabupaten Temanggung sudah menetapkan finger print bagi pegawai. Dan juga ada pembagian yang jelas untuk tupoksi masing masing pekerjaan, dokter, perawat, bidan, TU, dsb mempunyai tupoksi masing masing dalam memberikan pelayanan. Hanya saja masih banyak yang datang hanya absen lalu melakukan kegiatan lain diluar tugas dan kewajibannya sebagai pemberi pelayanan sebaiknya lebih diperhatikan lagi

Masih adanya perubahan regulasi seperti dari Permenkes 28 tahun 2014 yang menetapkan bahwa jasa pelayanan adalah 40% - 60%, dan diperbaharui lagi menjadi minimal 60% dalam Permenkes no 19 tahun 2014. Dan ditetapkan dalam peraturan Bupati bahwa Kabupaten Temanggung mengambil jasa pelayanan sebesar 70%.

Pelayanan BPJS masih belum bisa diberikan general di seluruh Indonesia, artinya setiap peserta hanya bisa memanfaatkan JKN di satu tempat FKTP yang telah dipilih, karena pembagian dana kapitasi oleh BPJS diberikan di setiap FKTP di tempat peserta terdaftar, jadi masyarakat hanya ditanggung biaya pengobatannya di tempat dimana dia bertanggung keanggotaannya. Namun kedepannya pemerintah dalam BPJS mengupayakan agar pelayanan dapat dilakukan menyeluruh, ditempat dimana saja peserta ingin mendapat pelayanan kesehatan sesuai dengan kelasnya.

Sering kali, orang mampu justru menerima bantuan subsidi, sementara mereka yang miskin atau tidak terdaftar sebagai penduduk, karena mereka warga pendatang yang belum memiliki KTP, misalnya dinyatakan tak berhak mendapatkan subsidi sehingga harus membayar iuran JKN.

Kurangnya kesadaran dari masyarakat. Baik masyarakat menengah kebawah yang merasa tidak mampu untuk membayar iuran dan juga masyarakat menengah ke atas yang merasa tidak puas diberikan pelayanan oleh Rumah Sakit biasa dan juga ulitnya

menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk berbagi dalam subsidi silang dan juga sulitnya untuk memberikan kesadaran bahwa jaminan itu penting maka diharapkan untuk membayar iuran setiap bulan.

## **SARAN**

Mengingat potensi ketidakadilan dan masalah sebagaimana disebut di atas, prinsip Bismarck sejatinya kurang cocok diterapkan di Indonesia. Menurut hemat penulis, Indonesia bisa mengatasi isu-isu di atas dengan menerapkan prinsip Beveridge, seperti di terapkan di Inggris, Spanyol, Selandia Baru, dan negara-negara Skandinavia. Artinya, pemerintah harus memajaki lebih tinggi kalangan berpendapatan menengah ke atas untuk memberikan subsidi silang kepada sesama warga negara yang kurang mampu. Dengan kata lain, penghitungan iuran JKN akan lebih simpel karena masyarakat tidak perlu lagi mendapati penghasilannya dipotong ganda oleh pajak plus iuran JKN. Tetapi, cukup masyarakat membayar pajak saja, dengan masyarakat kelas menengah ke atas membayar pajak lebih tinggi.

Sebaiknya ada koordinasi yang baik antara BPJS Kesehatan sebagai pelaksana dan juga dengan FKTP dan juga Rumah Sakit, karena BPJS Kesehatan menentukan segala pembayaran klaim dengan kurang koordinasi sehingga pihak Rumah Sakit merasa uang klaim masih terlalu minim seringkali pihak Rumah Sakit menanggung biaya pembiayaan pasien karena lama hari dan obat yang diberikan melebihi batas. Diharapkan ada regulasi baru yang mengatur masalah pembagian klaim dengan seksama sehingga terjadi kenyamanan untuk segala hal, terlebih untuk masyarakat karena kebijakan dibuat pasti untuk kepentingan masyarakat yang didahulukan.

Hendaknya Kepala puskesmas cukup bijak dalam pembagian dana kapitasi jasa pelayanan, tenaga medis dan paramedis, tidak dapat memunculkan ke egoisan nya, harus dapat berbagi dengan para honor/sukwan atau tenaga non kesehatan yang lain di Puskesmas

bersangkutan. Karena jasa pelayanan yang diberikan kepada masyarakat juga tidak semata-mata merupakan kerja keras tenaga medis dan paramedis saja, namun petugas non kesehatan termasuk honor/sukwan mempunyai andil yang cukup besar juga. Dengan adanya pengaturan pembagian dana jasa pelayanan di puskesmas yang didasari dengan azas keadilan, saling pengertian juga toleransi setidaknya kekisruhan dikalanganpetugas baik kesehatan dan non kesehatan berangsur - angsur dapat di hilangkan sehingga kinerja pelayanan kesehatan pun dapat ditingkatkan dan pelayanan kesehatan juga menjadi optimal.

Adanya penegakan regulasi yang tegas dari pemerintah. Sebaiknya tidak berubah ubah dan setiap ada regulasi baru diharapkan langsung segera di sosialisasikan agar setiap pemberi pelayanan kesehatan dapat mengetahui dan tidak terjadi *miss understanding* di kalangan pemberi pelayanan.

Sebaiknya Rumah Sakit memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien, jangan sampai hanya karena sudah melebihi batas hari dari waktu yang ditentukan oleh BPJS maka pelayanan untuk pasien ikut dibatasi. Rumah sakit diharapkan untuk tidak memulangkan pasien sebelum saatnya dan tidak dibatasi. Diharapkan adanya kerjasama yang baik dan juga koordinasi yang baik dari pelaksana dan pemberi pelayanan agar biaya yang diberikan pun sesuai dengan obat dan standar pelayanan sekarang sehingga bukan pasien yang dirugikan, dan diharapkan agar tidak saling mencari kesalahan satu sama lain melainkan saling memberi saran untuk kebaikan bersama.

Pembagian dana kapitasi yang sesuai dengan pelayanan yang ada, dhiharapkan wacana baru mengenai pembagian dana tidak berdasar kepesertaan namun berdasar kunjungan, jadi setiap pasien dapat dilayani dengan baik, dan juga Puskesmas selanjutnya dapat mengajukan klaim atas setiap kunjungan non keanggotaan di Puskesmas tersebut.

Harapan yang paling utama adalah terwujudnya impian dari pemerintah bahwa untuk tahun 2019 nanti semua warga negara Indonesia yang sudah tinggal menetap minimal 6 bulan di Indonesia tanpa terkecuali dapat menjadi anggota kepesertaan BPJS.