

Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta

by Dyah Mutiarin

Submission date: 26-Sep-2019 09:47AM (UTC+0700)

Submission ID: 1180231357

File name: C._14.pdf (629.21K)

Word count: 10444

Character count: 68672

Andri Putra Kesmawan

Institute of Governance and Public
Administration, UGM
andriputrakesmawan@gmail.com

Dyah Mutiarin

Dosen Magister Ilmu Pemerintahan
Universitas Muhammadiyah
Yogyakarta
dyahmutiarin@umy.ac.id

[http://dx.doi.org/10.18196/
jgpp.2014.0017](http://dx.doi.org/10.18196/jgpp.2014.0017)

4

Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta

ABSTRACT

The purpose of this study to look at the policy implementation BPJS in Bantul and factors that influence and determine differences in the effect of policy towards participants PBI BPJS Health Insurance and Health Insurance PBI participants not. The method used is a combination of studies (mix method). The study was conducted in Bantul. Unit research conducted at the Office of Health BPJS Branch Yogyakarta, Bantul and Senopati Penembahan Hospital Patient Hospital Penembahan Senopati Bantul. Data collection techniques are observation, interviews, documentation, and questionnaire. Mechanical analysis of this study is to describe the implementation of Board policies BPJS using qualitative descriptive analysis. To explain the factors that affect product moment correlation analysis was used. Furthermore, in order to explain the effect of policy towards participants PBI BPJS Health Insurance and Health Insurance PBI participants not using Analysis of Variance (ANOVA) with the type of single classification analysis of variance (one way ANOVA). The results of this research, policy implementation in Bantul District Health BPJS implemented very well. After doing research results diperoleh communication dimension index values of 4.44 (very good), the dimensions of the resource of 4.59 (very good), the dimensions of the disposition of 4.44 (very good) and the dimensions of bureaucratic structures 4.57 (very good). Variables that affect the implementation of the Implementation of the Social Security Agency (BPJS) Health in Bantul is Context Policy (X2) which is equal to 0839 (very strong). Meanwhile Content Policy variable (X1) significant correlation to variable implementation (Y) is smaller than that of 0768 (very strong). Furthermore, there are differences in the effect of the Health Policy Implementation BPJS PBI participants Health Insurance and Health Insurance PBI participants not at all the dimensions of the dimension of participation with the value $F_h = 100$, the dimension of service to the value of $F_h = 100$ and a financial dimension to the value of $F_h = 100$.

Keywords: Implementing a policy, health policy, Health BPJS

ABSTRAK

Tujuan penelitian ini untuk melihat implementasi kebijakan BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul dan faktor yang mempengaruhinya serta mengetahui perbedaan pengaruh kebijakan BPJS Kesehatan terhadap peserta PBI Jaminan Kesehatan dan peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kombinasi (mix method). Penelitian dilakukan di Kabupaten Bantul. Unit penelitiannya dilakukan di Kantor BPJS Kesehatan Cabang Daerah Istimewa Yogyakarta, RSUD Penembahan Senopati Bantul dan Pasien RSUD Penembahan Senopati Bantul. Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah observasi, wawancara, dokumentasi, dan kuesioner. Teknik analisis penelitian ini yaitu untuk mendeskripsikan implementasi kebijakan Badan BPJS Kesehatan menggunakan analisis deskriptif kualitatif. Untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi digunakan analisis korelasi Product Moment. Selanjutnya, untuk menjelaskan pengaruh kebijakan BPJS Kesehatan terhadap peserta PBI Jaminan Kesehatan dan peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan menggunakan Analysis of Varians (ANOVA) dengan jenis analisis varians klasifikasi tunggal

506

(one way anova). Hasil penelitian ini, implementasi kebijakan BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul dilaksanakan dengan sangat baik. Setelah dilakukan penelitian diperoleh hasil nilai indeks dimensi komunikasi 4,44 (sangat baik), dimensi sumber daya 4,59 (sangat baik), dimensi disposisi 4,44 (sangat baik) dan dimensi struktur birokrasi 4,57 (sangat baik). Variabel yang mempengaruhi implementasi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah Konteks Kebijakan (X2) yakni sebesar 0.839 (sangat kuat). Sementara itu variabel Isi Kebijakan (X1) korelasinya signifikan terhadap variabel Implementasi (Y) lebih kecil yakni sebesar 0.741 (sangat kuat). Selanjutnya, ada perbedaan pengaruh Implementasi Kebijakan BPJS Kesehatan terhadap peserta PBI Jaminan Kesehatan dan peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan pada semua dimensi yakni dimensi kepesertaan dengan nilai $F_h=100$, dimensi pelayanan dengan nilai $F_h=100$ dan dimensi finansial dengan nilai $F_h=100$.

Kata Kunci: Implementasi kebijakan, Kebijakan kesehatan, BPJS Kesehatan

PENDAHULUAN

Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan amanat dari Undang-Undang Dasar tahun 1945. Negara dituntut untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan menjamin kebutuhan dasar serta memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu. Maka, sistem jaminan sosial yang diterapkan di Indonesia secara langsung memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga masyarakat bisa mengakses dengan mudah.

Skema jaminan sosial di Indonesia terbagi dalam beberapa jenis kepesertaan. Menurut data Kementerian Kesehatan RI tahun 2012 seperti dalam Situmorang (2013:254), bahwa "Peserta Askes PNS 17,3 juta jiwa, TNI/Polri 2,2 juta jiwa, Peserta Jamkesmas yang dijamin Kemenkes 76,4 juta jiwa, Peserta JPK Jamsostek 5,6 juta jiwa, Peserta Jamkesda yang dijamin Pemda 31,8 juta jiwa, Jaminan Perusahaan (*Self Insured*) 15,4 juta jiwa, dan Peserta Askes Komersial 2,9 juta jiwa". Jumlah keseluruhan yang terdaftar sebagai peserta jaminan sosial tersebut di atas sebanyak 151,5 juta jiwa.

Sistem jaminan sosial di Indonesia dikenal dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) seperti yang telah dijelaskan sekaligus diatur dalam pasal 2 dan 3 undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN bahwa "Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sistem Jaminan

Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.”

Jaminan sosial didesain untuk memberikan manfaat yang berarti bagi peserta/ masyarakat minimal memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar yang layak bagi peserta dan anggota keluarganya termasuk di dalamnya mendapat layanan kesehatan secara komprehensif sesuai dengan asas manfaat *social security*.

Skema penyelenggaraan jaminan sosial nasional tersebut selanjutnya dituangkan dalam peraturan perundang-undangan yakni Undang-undang nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai sebuah badan yang menyelenggarakan jaminan sosial tersebut. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga atau badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia. Ada dua bentuk BPJS seperti yang dijelaskan dalam pasal 5 ayat (2) bahwa “BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah: a) BPJS Kesehatan; dan b) BPJS Ketenagakerjaan.

BPJS Kesehatan merupakan transformasi dari lembaga asuransi yang sebelumnya dikenal sebagai PT Askes (Persero). BPJS Kesehatan ini mulai menyelenggarakan jaminan kesehatan terhitung sejak bulan Januari tahun 2014. Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan merupakan transformasi dari PT Jamsostek (jaminan sosial tenaga kerja) menyelenggarakan jaminan sosial dan tenaga kerja mulai bulan Januari tahun 2015. Program ini meliputi empat program jaminan, yaitu (a) jaminan kecelakaan kerja, (b) jaminan hari tua, (c) jaminan pensiun, dan (d) jaminan kematian.

Program jaminan kesehatan ini dilaksanakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas, yaitu kesamaan untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terkait dengan besarnya iuran yang dibayarkan. Besaran iuran yang ditetapkan merupakan persentase tertentu dari upah, bagi mereka

508 yang memiliki penghasilan/ kelompok masyarakat Bukan-PBI jaminan kesehatanjaminan kesehatan.Kelompok Bukan-PBI jaminan kesehatan diwajibkan membayar premi yang besarnya tergantung kelas yang dipilih (Gatra, edisi Edisi 2-8 Januari 2014). Sementara pemerintah akan membayarkan iuran bagi mereka yang tidak mampu (fakir miskin)/ Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan. Pemerintah menganggarkan sebesar Rp. 19,93 triliun.

Dengan demikian maka, berkaitan dengan iuran peserta yang telah ditetapkan oleh pemerintah terhadap masyarakat selaku peserta jaminan kesehatan dapat diuraikan secara singkat bahwa: Pertama, masyarakat yang masuk dalam kategori Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) yaitu fakir miskin dan masyarakat tidak mampu. Terkait hal ini telah diatur dan ditetapkan dalam peraturan pemerintah nomor 102 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, iurannya dibayarkan oleh pemerintah dengan besaran Rp19.225 per bulan/orang.Kedua, masyarakat yang termasuk dalam kategori Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Bukan-PBI) jaminan kesehatan yang terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri, pegawai swasta; dan Pekerja lainnya yang menerima Upah, iurannya dibayar sendiri sesuai dengan ruang perawatan kelas yang dipilihnya. Untuk kelas III Rp 25.500 per bulan/orang, kelas II Rp 42.500 per bulan/orang dan kelas I Rp 59.500 per bulan/orang (Gatra, edisi Edisi 2-8 Januari 2014).

Dalam hal pelaksanaan BPJS Kesehatan Boediono (Tempo,13 Desember 2013) menyatakan bahwa, “Pasokan yang harus disiapkan antarlain dokter, tenaga medis, infrastruktur, obat-obatan, aturan dan ketentuan, serta pembiayaan”.

Sementara Thabrany, menyatakan “Peserta dengan kelas ekonomi tingkat atas masih belum *happy* dengan layanan JKN” (Gatra, Edisi 2-8 Januari 2014). Artinya bahwa masyarakat dengan penghasilan tinggi masih belum mau untuk mengikuti program BPJS Kesehatan

yang dibuat oleh pemerintah yang ter-cover dalam bentuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Demikian halnya mengenai sosialisasi kebijakan BPJS Kesehatan masih belum sepenuhnya maksimal sehingga masih banyak kasus-kasus serupa yang terjadi di beberapa daerah.

Sementara di Daerah Istimewa Yogyakarta, yang menjadi persoalan mengenai hal ini adalah terkait peserta dengan kategori miskin. Masyarakat penyandang difabel/ yang mempunyai keterbatasan fisik justru mempertanyakan kategori peserta miskin yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Dalam surat kabar Kedaulatan Rakyat Plt. Kepala Ombudsman RI Perwakilan DIY yang menerima aduan dari masyarakat penyandang difabel mengatakan “Mereka menanyakan kategori tidak mampu itu seperti apa” (KR, 15 Februari 2014). Bukan hanya itu saja implementasi BPJS di Kabupaten Wonosari juga dikritisi, “Pemberlakuan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) mulai 1 Januari atau efektif mulai Kamis (2/1) masih membingungkan masyarakat antara peraturan dan pelaksanaannya tidak sinkron” (Kedaulatan Rakyat, 3 Januari 2014).

Melihat fenomena terkait dengan implementasi BPJS Kesehatan di beberapa daerah termasuk di Daerah Istimewa Yogyakarta maka, perlu untuk melakukan penelitian secara khusus dan lebih komprehensif. Selanjutnya dapat diketahui secara rinci persoalan-persoalan yang ada untuk dapat pula diketahui solusinya. Untuk itu maka, penelitian ini difokuskan untuk mengetahui bagaimana implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta dan faktor-faktor yang mempengaruhinya Serta apakah ada perbedaan pengaruh kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terhadap Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) dan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta?

510 KERANGKA TEORI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN DI BIDANG KESEHATAN

Sejalan dengan adanya desentralisasi di bidang kesehatan maka peran Negara telah bergeser dari sebelumnya adalah sebagai pelaksana pelayanan kesehatan menjadi sebagai *regulator* yang membuat sebuah kebijakan kesehatan. Menurut Susilawaty (2007) bahwa tujuan kebijakan bidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas Nasional.

Kebijakan kesehatan pada pelaksanaannya tidak hanya terbatas terhadap kepentingan individu per individu, akan tetapi cakupannya sangat luas untuk kepentingan umum, tujuan umum dan warga Negara pada umumnya. Dengan demikian kebijakan kesehatan seyogyanya mampu memberdayakan dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Dengan demikian maka, kebijakan kesehatan harus mengupayakan ketersediaan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata tanpa membedakan antara golongan masyarakat yang satu dengan yang lainnya. Termasuk dalam menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi kelompok masyarakat miskin/ kurang mampu serta masyarakat yang rentan miskin.

Secara umum, implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktifitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri (Agustino, 2012:139). Sementara Nugroho (2012:674) menjelaskan bahwa implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Pada dasarnya implementasi kebijakan merupakan sebuah tindakan/ program yang nyata yang dilaksanakan berdasarkan rumusan kebijakan yang telah

disusun sebelumnya untuk mencapai tujuan tertentu. Nugroho (2012:675) menambahkan bahwa rangkaian implementasi kebijakan, yaitu mulai dari program, ke proyek, dan ke kegiatan. **511**

Lain halnya dengan Nugroho, Suharno (2013:169) berpendapat bahwa implementasi kebijakan yang telah melalui tahap rekomendasi merupakan prosedur yang relatif kompleks, sehingga tidak selalu ada jaminan bahwa kebijakan tersebut akan berhasil dalam penerapannya. Sementara itu Agustino (2012:140) berpendapat bahwa implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting dalam keseluruhan struktur kebijakan, karena melalui prosedur ini proses kebijakan secara keseluruhan dapat dipengaruhi oleh tingkat keberhasilan atau tidaknya pencapaian tujuan. Hal ini dipertegas oleh Chief J. O. Udoji (1981) dalam Agustino (2012:140) bahwa “Pelaksanaan kebijakan adalah suatu yang penting bahkan jauh lebih penting daripada pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan hanya akan sekedar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan”.

Menurut Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier (1983:61) sebagaimana dikutip dalam Agustino (2012:139) bahwa “Implementasi kebijakan adalah pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, biasanya dalam bentuk undang undang, namun dapat pula berbentuk perintah pemerintah atau keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya”

Sedangkan menurut Van Meter dan Van Horn (1975) masih dalam Agustino (2012:139) mendefinisikan implementasi kebijakan, sebagai “Tindakan tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah

512 digariskan dalam keputusan kebijaksanaan”.

Kebijakan bidang kesehatan tidak lepas dari sifat kebijakan publik itu sendiri sehingga George C. Edward III (1980:1) dalam Nugroho (2012:693) menyarankan untuk memerhatikan empat isu pokok agar implementasi kebijakan menjadi efektif, yaitu *communication, resource, disposition or attitudes, dan bureaucratic structures*.

Lebih lanjut lagi dijelaskan lebih detil oleh Nugroho (2012:693) bahwa:

- a. Komunikasi berkenaan dengan bagaimana kebijakan dikomunikasikan pada organisasi dan/ atau publik dan sikap serta tanggapan dari para pihak yang terlibat;
- b. *Resources* berkenaan dengan ketersediaan sumber daya pendukung, khususnya sumber daya manusia. Hal ini berkenaan dengan kecakapan pelaksana kebijakan publik untuk *carry out* kebijakan secara efektif;
- c. *Disposition* berkenaan dengan *kesediaan* dari para implementor untuk *carry out* kebijakan publik tersebut. Kecakapan saja tidak mencukupi, tanpa kesediaan dan komitmen untuk melaksanakan kebijakan;
- d. Struktur Birokrasi berkenaan dengan kesesuaian organisasi birokrasi yang menjadi penyelenggara implementasi.

Berbeda dengan apa yang dikemukakan oleh George C. Edward III (1980) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan Merilee S. Grindle (1980). Dikemukakan oleh Wibawa (1994: 22) dalam Nugroho (2012:690) menyatakan model Grindle ditentukan oleh isi kebijakan dan konteks implementasinya. Selanjutnya ditambahkan lagi bahwa “Ide dasarnya adalah bahwa setelah kebijakan ditransformasikan, barulah implementasi kebijakan dilakukan. Isi kebijakan tersebut mencakup hal-hal berikut:

1. Kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan

2. Jenis manfaat yang akan dihasilkan
 3. Derajat perubahan yang diinginkan
 4. Kedudukan pembuat kebijakan
 5. (Siapa) pelaksana program
 6. Sumber daya yang dikerahkan.
- Sementara itu, konteks implementasinya adalah:
1. Kekuasaan, kepentingan, dan strategi aktor yang terlibat
 2. Karakteristik lembaga dan penguasa
 3. Kepatuhan dan daya tanggap (Nugroho, 2012:690-691).

Beberapa teori yang dikemukakan di atas Peneliti menggunakan teori George C. Edward III (1980) sebagai variabel implementasi dengan pertimbangan sebagai berikut bahwa, implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada proses pelaksanaannya memiliki beberapa unsur yang saling berkaitan dan ada jenjang hirarki kebijakan yang saling berkaitan. Selain BPJS Kesehatan ada fasilitas kesehatan yang mencakup, 1) fasilitas kesehatan tingkat pertama; 2) fasilitas kesehatan tingkat lanjutan; dan 3) fasilitas kesehatan penunjang. Jadi, komunikasi dan struktur birokrasi diperlukan untuk melaksanakan sebuah kebijakan maka, dengan menggunakan teori Edward III ini akan dijelaskan dengan rinci dan sistematis.

Sedangkan teori yang dikemukakan oleh Merilee S. Grindle (1980) digunakan sebagai faktor yang mempengaruhi implementasi dengan alasan bahwa kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan setelah diimplementasikan perlu kiranya untuk mengetahui mestinya kebijakan tersebut sesuai dengan apa yang diharapkan oleh pelaksana kebijakan begitu pula apa kebijakan tersebut sudah sesuai sasarannya. Oleh karena itu, teori yang dikemukakan oleh Merilee S. Grindle (1980) yakni Isi Kebijakan dan Konteks Implementasi sesuai untuk menganalisis hal tersebut.

514 Asuransi Jaminan Sosial

Jaminan sosial menurut International Labour Organization (ILO) menurut Sulastomo (2008) dalam Situmorang (2013: 3) memberikan definisi *Social Security* sebagai berikut (ILO Konvention 102) “*Social Security is the protection which society provides for its members through a series of public measure: To offset the absence or substantial reduction of income from work resulting from various contingencies (notable sickness, maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death of breadwinner); To provide people with healthcare; To provide benefit for families with children*”.

Hal tersebut seperti yang dimaksud dalam penjelasan di atas merupakan standar minimal jaminan sosial. Sementara definisi lain mengenai jaminan sosial yaitu dari Guy Standing (2000) dalam Situmorang (2013: 3) menyatakan bahwa: “*Social Security is a system for providing income security to deal with the contingency risk of life, sickness and maternity, employment injury unemployment, invalidity, old age and death, the provision of medical care and the provision subsidies for family with children*”.

Pengertian jaminan sosial begitu beragam akan tetapi memiliki kesamaan (Situmorang, 2013:4). Sementara Situmorang (2013) mendefinisikan sistem jaminan sosial sebagai “Upaya mewujudkan kesejahteraan, memberikan rasa aman sepanjang hidup manusia, melalui pendekatan sistem, yaitu harus beraturan, sistematis, teratur”.

Pengertian jaminan sosial dapat dibedakan menjadi dua kelompok besar, yaitu: asuransi sosial (*social insurance*) dan bantuan sosial (*social assistance*) (Yohandarwati, 2003:19). Dilihat dari pendekatan asuransi sosial (*social insurance*) maka jaminan sosial berarti teknik atau metoda penanganan risiko yang terkait dengan hubungan kerja yang berbasis pada hukum bilangan besar (*law of large number*) sementara jika dilihat dari sisi bantuan sosial maka, jaminan sosial berarti sebagai dukungan pendapatan sebagai

komunitas kurang beruntung untuk keperluan konsumsi (Situmorang, 2013:4). 515

Sesuai *Roadmap* Kesehatan tahun 2012-2019 ada tiga pilar asuransi/ jaminan yakni sebagai berikut:

GAMBAR 1 PILAR ASURANSI



Sumber: Jamsostek (2012)

Sistem jaminan sosial di Indonesia saat ini secara sistem telah membangun program perlindungan sosial disetiap tahapan tujuan program perlindungan sosial. Untuk tahapan *promotion* pemerintah selaku regulator telah membuat legislasi terkait dengan Undang-undang ketenagakerjaan, peraturan mengenai upah minimum regional dan peraturan tentang kesehatan serta peraturan lainnya yang terkait. Selanjutnya untuk tahapan *prevention* mekanismenya telah diatur dalam asuransi sosial dengan program jamsostek, askes, taspen dan asabri. Terakhir untuk tahapan *protection* mekanismenya melalui bantuan sosial dengan program *cash transfer*, jaringan pengaman sosial, jamkesmas, bantuan bencana alam.

Devereux (2010) menegaskan lagi bahwa sesungguhnya “*Comprehensive social protection systems comprise several components, including: (1) social assistance, (2) social insurance, (3) developmental mechanisms that simultaneously “protect” and “promote” livelihoods, and (4) “transfor-*

516 *mative” measures that promote social inclusion and social justice”.*

George Rejda, sebagaimana dikutip Purwoko (2011) dalam Situmorang (2013:9-10) membagi 4 (empat) pendekatan dalam pengertian jaminan sosial sebagai berikut:

1. Bantuan sosial (*Social Assistance*)

Adalah program jaminan sosial dalam bentuk bantuan tunai bagi penduduk miskin, orang-orang jompo dan anak terlantar yang di Indonesia telah diatur dengan UU tersendiri. Bantuan Sosial di tujukan untuk pengentasan kemiskinan melalui berbagai program seperti bantuan tunai, pelayanan umum dan pemberdayaan komunitas kurang mampu agar Negara terbebas dari kemiskinan

2. Skema Universal (*Demogrant Scheme*)

Skema Universal adalah program jaminan sosial dalam bentuk pemberian santunan tunai (*income support*) atau semacam BLT yang diberikan kepada setiap warga Negara yang berhak sebagai akibat kebijakan ekonomi yang menimpa masyarakat menjadi kurang beruntung. Tujuan diselenggarakannya skema demogran ini adalah untuk mempertahankan daya beli masyarakat agar tercipta stabilitas ekonomi nasional.

3. Asuransi Sosial (*Social Insurance*)

Asuransi Sosial (*Social Insurance*) adalah program jaminan sosial yang bersifat wajib menurut UU bagi setiap pemberi kerja dan pekerja mandiri professional untuk tujuan penanggulangan hilangnya sebagian pendapatan sebagai konsekuensi adanya hubungan kerja yang kemungkinan menimbulkan industrial hazards.

4. Skema Tabungan Hari Tua (*Provident Fund*)

Skema Tabungan Hari Tua (*Provident Fund*) adalah komponen jaminan sosial dalam bentuk tabungan wajib jangka panjang yang memberikan santunan sekaligus kepada peserta saat mencapai usia pensiun.

Disisi lain Situmorang (2013: 4) menegaskan bahwa fungsi jaminan sosial adalah sebagai 1) salah satu faktor ekonomi seperti konsumsi, tabungan dan subsidi/konsesi untuk redistribusi resiko; 2) instrumen Negara untuk redistribusi resiko sosial ekonomi melalui tes kebutuhan (*means test application*), yaitu tes apa yang telah dimiliki peserta baik berupa rekening tabungan maupun kekayaan riil; 3) program pengentasan kemiskinan yang ditindaklanjuti dengan pemberdayaan komunitas; dan 4) sistem perlindungan dasar untuk penanggulangan hilangnya sebagian pendapatan pekerja sebagai konsekuensi risiko hubungan kerja.

Pada dasarnya jaminan sosial merupakan bagian dari perlindungan sosial. Hal ini juga dinyatakan oleh Royal Government of Cambodia (2008:19) bahwa "*Social protection is closely related to other development fields. In particular, social protection, employment and agricultural and rural development are interlinked and mutually reinforcing*".

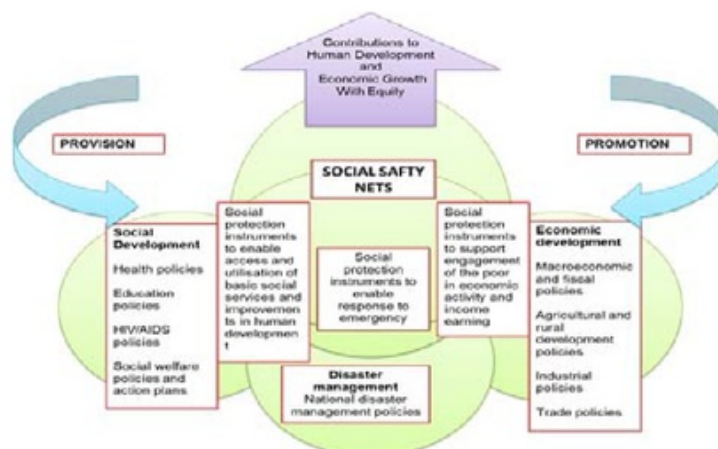
Jaminan sosial dalam kerangka perlindungan sosial sehingga mencakup didalamnya meliputi sektor formal dan program iuran, pada gilirannya ini merupakan bagian dari strategi pengurangan kemiskinan yang lebih luas.

Berdasarkan gambar di atas menunjukkan bahwa hubungan antara perlindungan sosial dan jaring pengaman sosial, dan antara perlindungan sosial dan pembangunan ekonomi, pembangunan sosial dan tanggap bencana.

Lebih jelas lagi Situmorang (2013:24) menjelaskan bahwa "fungsi jaminan sosial tidak terlepas dari azas dan prinsip jaminan sosial yang secara detil diatur dalam UU SJSN". Hal ini juga dapat dilihat dalam pasal 3 undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bahwa "Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya". Kebutuhan dasar adalah kebutuhan terhadap

518 layanan kesehatan yang memungkinkan seseorang yang sakit dapat sembuh kembali sehingga dia dapat menjalankan aktifitas seperti biasanya. Agar hak setiap orang atas jaminan sosial sebagaimana amanat konstitusi dapat terwujud maka, undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa program jaminan sosial bersifat wajib yang memungkinkan mencakup seluruh rakyat (*universal coverage*) yang akan dicapai secara bertahap.

GAMBAR 2 PERLINDUNGAN SOSIAL DAN KONTRIBUSINYA TERHADAP PEMBANGUNAN EKONOMI DAN SOSIAL DAN TANGGAP BENCANA



Sumber: Royal Government of Cambodia (2008)

“Program jaminan sosial yang diprioritaskan terlebih dahulu untuk mencakup seluruh penduduk terlebih dahulu adalah program jaminan kesehatan. Dengan demikian pencapaian kepesertaan jaminan kesehatan untuk semua penduduk (*universal coverage*) merupakan amanat undang-undang yang harus dijalankan oleh pemerintah dan semua pihak yang terlibat” (Mundiharno, 2012:208).

Peta jalan kesehatan diperlukan untuk memandu implementasi pengembangan jaminan kesehatan sesuai amanat undang-undang SJSN dan undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Jika ketentuan yang disebutkan dalam undang-undang tersebut di atas maka dapat dijelaskan bahwa

program jaminan sosial membawa konsekuensi pembiayaan yang tidak sedikit karena lingkup proteksinya mencakup kepesertaan penduduk usia 0-14 tahun (*pre employment coverage*), kepesertaan penduduk usia 15-64 tahun (*active contributor*) dan kesertaan penduduk usia senja di atas 65 tahun (*post employment coverage*) (Situmorang, 2013:27). Manfaat jaminan sosial mencakup santunan tunai untuk dukungan pendapatan pencari nafkah utama (*cash benefit for the income support of the breadwinner*), kompensasi finansial untuk kasus kecelakaan kerja dan kematian dini serta pelayanan kesehatan dan pemberian alat bantu (*benefits in kind*) (Situmorang, 2013:24).

Dijelaskan lagi oleh Situmorang (2013:27) bahwa ada 5 (lima) koneksitas dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial yang komprehensif, yaitu mencakup: 1) program yang terkait dengan pemberian kompensasi finansial; 2) program yang terkait dengan rehabilitasi dan pemberian alat bantu; 3) program yang terkait dengan penanggungan konsumsi atau penghasilan; 4) program yang terkait dengan pelayanan kesehatan dan 5) perawatan medis serta imunisasi.

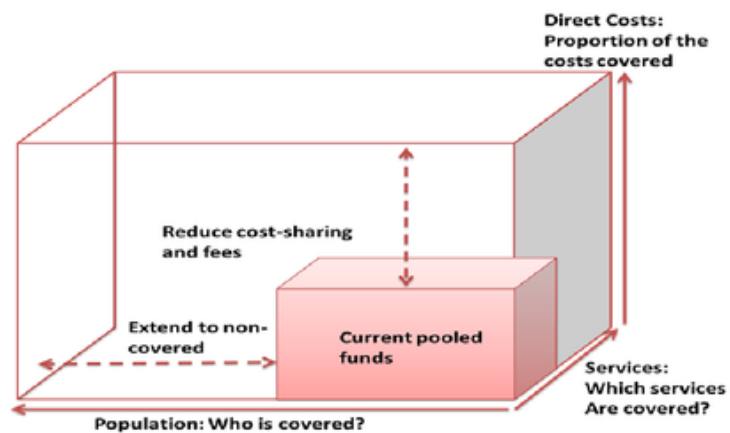
UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC)

Universal coverage dapat diartikan sebagai cakupan menyeluruh. Istilah *universal coverage* berasal dari WHO (*World Health Organisation*), lebih tepatnya *universal health coverage* (Mundiharno, 2012:209).

Cakupan kesehatan universal (*universal health coverage*) bertujuan untuk memastikan bahwa semua orang mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa kesulitan untuk memikirkan bagaimana cara membayarnya. Cakupan kesehatan universal dibangun oleh tiga dimensi yakni dimensi cakupan peserta, dimensi akses memperoleh pelayanan dan dimensi jangkauan keuangan atau proporsi biaya yang dikeluarkan. Hal ini sesuai dengan kerangka konsep yang disebutkan oleh *World Health Organization* (WHO)

520 bahwa” *The WHO’s conceptual framework suggests three broad dimensions of UHC: population coverage, service coverage, and financial coverage*”.

GAMBAR 3 DIMENSI *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE*



Sumber: *World Health Organization Report (2010)*

Gambar di atas dapat dijelaskan bahwa *universal health coverage* merupakan sebuah konsep reformasi pelayanan kesehatan yang mencakup beberapa aspek antara lain 1) Aksesibilitas dan equitas pelayanan kesehatan, 2) Pelayanan kesehatan yang berkualitas dan komprehensif yang meliputi pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai rehabilitatif dan 3) Mengurangi keterbatasan finansial dalam mendapatkan pelayanan kesehatan bagi setiap penduduk (Wilbulpolprasert, 2013). *World Health Organization (WHO)* menambahkan bahwa tiga dimensi dalam pencapaian *universal health coverage* yang digambarkan melalui kubus/ gambar di atas. Ketiga dimensi *universal health coverage* dapat diterjemahkan sebagai berikut yaitu 1) seberapa besar persentase penduduk yang dijamin, maksudnya yaitu jumlah penduduk yang dijamin; 2) seberapa lengkap pelayanan yang dijamin maksudnya layanan kesehatan yang dijamin apakah hanya layanan di rumah sakit atau termasuk juga layanan rawat jalan; 3) seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk maksudnya semakin banyak dana yang disediakan, maka semakin banyak pula penduduk yang

terlayani, sehingga semakin komprehensif paket pelayanannya serta semakin kecil proporsi biaya yang harus ditanggung oleh penduduk.

Mundiharno (2012:209) menjelaskan lebih jauh lagi mengenai tiga dimensi *universal health coverage* yakni bahwa “Pertama, dimensi cakupan kepesertaan. Dari dimensi ini *universal coverage* dapat diartikan sebagai “kepesertaan menyeluruh”, dalam arti semua penduduk dicakup menjadi peserta jaminan kesehatan. Dengan menjadi peserta jaminan kesehatan diharapkan mereka memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan. Namun tidak semua penduduk yang telah menjadi peserta jaminan kesehatan dapat serta merta mengakses pelayanan kesehatan. Jika di daerah tempat penduduk tinggal tidak ada fasilitas kesehatan, penduduk akan tetap sulit menjangkau pelayanan kesehatan.

Oleh karena itu dimensi kedua dari *universal health coverage* adalah akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Secara implisit pengertian ini mengandung implikasi perlu tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Ketiga, *universal coverage* juga berarti bahwa proporsi biaya yang dikeluarkan secara langsung oleh masyarakat (*out of pocket payment*) makin kecil sehingga tidak mengganggu keuangan peserta (*financial catastrophic*) yang menyebabkan peserta menjadi miskin”.

Sementara karakter program jaminan sosial di Indonesia saat ini masih terfragmentasi berdasarkan segmen kelompok penduduk tertentu. Karakteristik masing-masing kelompok penduduk tersebut merupakan konteks sosial yang tidak dapat diabaikan.

Indonesia dapat berupaya untuk mencapai *universal health coverage* dalam tiga dimensi UHC menurut *World Health Organization* (WHO) secara bertahap. Kuncinya bahwa prioritas pertama dalam pencapaian *universal health coverage* yakni perluasan penduduk yang dijamin, yaitu agar semua penduduk terjamin sehingga setiap

522 penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi. Langkah selanjutnya adalah memperluas layanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis. Dan terakhir adalah peningkatan biaya medis yang dijamin sehingga semakin kecil jumlah biaya langsung yang ditanggung penduduk.

Cepat tidaknya pencapaian *universal health coverage* melalui jaminan sosial (*social security*) dipengaruhi oleh beberapa faktor. Carrin dan James dalam Mundiharno (2012:211) menyebutkan bahwa “Ada lima faktor yang mempengaruhi cepat lambatnya suatu Negara mencapai *universal health coverage*. Pertama, tingkat pendapatan penduduk. Kedua, struktur ekonomi negara terutama berkaitan dengan besarnya proporsi sektor formal dan informal. Ketiga, distribusi penduduk negara. Keempat, kemampuan negara dalam mengelola asuransi kesehatan sosial. Kelima, tingkat solidaritas sosial di dalam masyarakat.

Rendahnya cakupan jaminan sosial yang umumnya terdiri dari Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian, Jaminan Hati Tua dan Jaminan Pensiun, tidak terlepas dari perkembangan pertumbuhan ekonomi suatu Negara, tingkat pengangguran, kemiskinan, pendidikan yang masuk dalam Indeks Pembangunan Manusia (Situmorang, 2013:30). Namun demikian, sekarang cakupan kesehatan universal di Indonesia secara menyeluruh telah diatur dalam Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Begitu pula dengan asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*) dikenal dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Oleh karena itu pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional diamanatkan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk menyelenggarakan jaminan sosial di Indonesia. Menurut undang-undang nomor 24 tahun 2011 bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk

menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan hukum tersebut merupakan badan hukum publik. Selanjutnya dalam Undang-undang ini juga menjelaskan dalam pasal 5 ayat (2) bahwa “BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah: a) BPJS Kesehatan; dan b) BPJS Ketenagakerjaan. Keduanya sama-sama menyelenggarakan program jaminan sosial.

BPJS Kesehatan merupakan transformasi dari PT Askes (Persero). BPJS Kesehatan ini mulai menyelenggarakan jaminan kesehatan terhitung sejak bulan Januari tahun 2014.

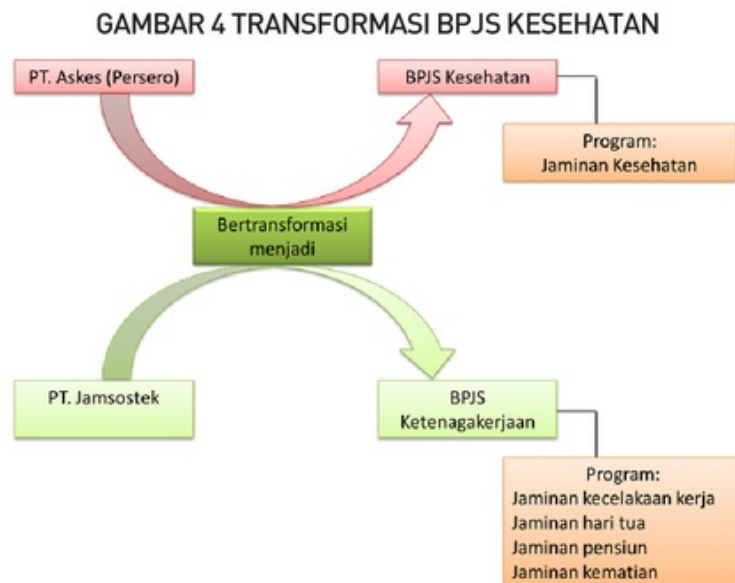
Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan, program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan, Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh PT. Jamsostek (Persero), serta program pelayanan kesehatan kesehatan Tentara Republik Indonesia dan Kepolisian Republik Indonesia dialihkan kepada BPJS Kesehatan (Eka Putri dan Mahendra, 2013:103).

Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan merupakan transformasi dari PT Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja) menyelenggarakan jaminan sosial dan tenaga kerja mulai bulan Juli tahun 2015. Program ini meliputi empat program jaminan, yaitu (a) jaminan kecelakaan kerja, (b) jaminan hari tua, (c) jaminan pensiun, dan (d) jaminan kematian. Selanjutnya dijelaskan dalam gambar berikut ini:

Selain itu menurut Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS maka, BPJS bertugas untuk:

- a. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- c. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
- d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- e. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;

- 524 f. membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.



Sumber: Diolah dari Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2014

BPJS Kesehatan pada pelaksanaannya mengelola program jaminan kesehatan dengan memberikan kepastian jaminan kesehatan bagi setiap rakyat Indonesia. Dengan demikian Eka Putri dan Mahendra (2013:111) lebih menegaskan bahwa "Jaminan kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan".

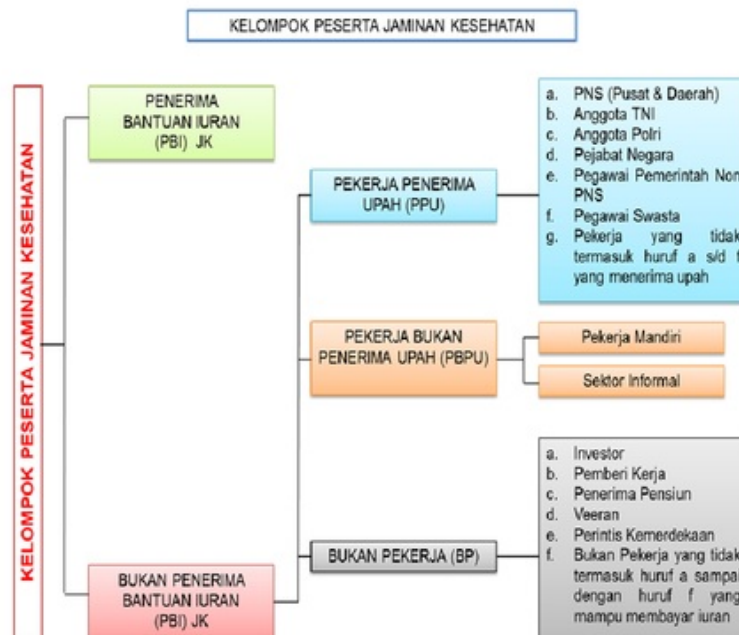
BPJS Kesehatan seperti tercantum dalam Peraturan BPJS nomor 1 tahun 2014 bahwa dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan meliputi: a) kepesertaan; b) iuran kepesertaan; c) penyelenggara pelayanan kesehatan; d) kendali mutu dan kendali biaya; dan e) pelaporan dan *utilization review*.

Sementara, menurut Eka Putri dan Mahendra (2013:103)

Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

525

GAMBAR KELOMPOK PESERTA BPJS KESEHATAN



Sumber: Diolah dari Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2014

Untuk kepesertaan¹ BPJS Kesehatan mempunyai kategori kepesertaannya yaitu peserta **Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK)** dan peserta **bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK)**. Seperti dijelaskan dalam Peraturan BPJS nomor 1 tahun 2014 tentang jaminan kesehatan bahwa “Peserta PBI jaminan kesehatan adalah orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu”.

Sementara peserta bukan **Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK)** terdiri atas:

1. **Pekerja Penerima Upah** dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat **6 (enam) bulan** dan anggota keluarganya;
2. **Pekerja Bukan Penerima Upah** dan anggota keluarganya termasuk

warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya;

3. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.

Kepesertaan BPJS Kesehatan dapat ditampilkan dalam gambar di atas. Reformasi jaminan sosial mencakup empat hal penting (Situmorang, 2013:184-185) yaitu “Pertama, mengatur suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Kedua, tujuannya sangat mulia untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarga. Ketiga, penyelenggaranya adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang harus dibentuk dengan undang-undang. Keempat, untuk program jaminan kesehatan ditujukan untuk mencapai *universal health care*.

Dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan menurut Normand et.al (2009) dalam Mundiharno (2012:213) perlu memperhatikan tiga unsur penting yaitu (a) bagaimana dana dikumpulkan; (b) bagaimana resiko ditanggung secara bersama; dan (c) bagaimana dana yang terkumpul digunakan seefisien dan seefektif mungkin.

GAMBAR ASPEK PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN



Sumber: Mundiharno (2012: 213)

Dari gambar di atas Mundiharno (2012: 213) menjelaskan sebagai berikut:

1. Pertama aspek regulasi. Oleh karena jaminan kesehatan yang akan dikembangkan adalah jaminan kesehatan sosial yang melibatkan

kepentingan publik yang demikian banyak, aspek regulasi sangat penting diperhatikan dan bahkan menjadi dasar dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Perlu disusun sejumlah peraturan yang mendasari penyelenggaraan jaminan kesehatan.

2. Kedua, aspek kepesertaan. UU SJSN menyatakan bahwa program jaminan sosial bersifat wajib yang memungkinkan mencakup seluruh rakyat (*universal social security*) yang akan dicapai secara bertahap. Seluruh rakyat wajib menjadi peserta tanpa kecuali. Program jaminan sosial yang terlebih dahulu diprioritaskan untuk mencakup seluruh penduduk adalah program jaminan kesehatan. Dengan demikian terkait aspek kepesertaan hal yang perlu diperhatikan adalah bagaimana semua penduduk dapat tercakup menjadi peserta jaminan kesehatan.
3. Ketiga, aspek manfaat dan iuran. Jaminan kesehatan diperlukan untuk menjamin agar peserta tidak mengalami masalah pembiayaan kesehatan ketika jatuh sakit. Oleh karena itu jenis penyakit yang dicakup dalam manfaat jaminan kesehatan haruslah sesuai dengan kebutuhan medis peserta. UU SJSN menyatakan bahwa manfaat jaminan kesehatan yang dicakup adalah komprehensif sesuai kebutuhan medis. Namun cakupan yang komprehensif berimplikasi pada besarnya iuran. Agar tidak terjadi ketimpangan dalam pelayanan kesehatan maka cakupan manfaat yang ingin dicapai adalah manfaat yang komprehensif, sesuai kebutuhan medis dan sama bagi semua peserta.
4. Keempat, aspek pelayanan kesehatan. Salah satu masalah kritis dalam pelayanan kesehatan adalah tersedianya fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang merata di seluruh wilayah Indonesia. Jaminan kesehatan hanya bermakna jika diiringi dengan ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang merata dan dengan kualitas yang terjaga. Sistem rujukan berjenjang perlu diperkuat dalam upaya mengembangkan pelayanan kesehatan.

- 528** 5. Kelima, aspek keuangan. Salah satu fungsi yang harus dijalankan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan adalah menjaga agar dana yang tersedia selalu mencukupi untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan, termasuk untuk membayar klaim-klaim biaya yang dibayarkan kepada para providers. Untuk itu dari aspek keuangan perlu dipastikan agar dana mencukupi dan pengelolannya efisien dan akuntabel.
6. Keenam, aspek organisasi dan kelembagaan. UU BPJS menyatakan bahwa badan penyelenggara yang menyelenggarakan jaminan kesehatan sosial di Indonesia adalah BPJS Kesehatan yang akan beroperasi mulai 1 Januari 2014. Perlu dipersiapkan berbagai hal agar BPJS Kesehatan mulai 1 Januari 2014 sudah beroperasi dengan baik sesuai dengan prinsip-prinsip *good corporate governance*.

BENEFIT COST

Selain itu Situmorang (2013:185) juga menambahkan “secara umum dapat dirinci lebih lanjut dalam lima aspek spesifik terkait UCJK (*Universal Coverage Jaminan Kesehatan*), yaitu: 1) aspek kepesertaan; 2) aspek manfaat; 3) aspek pembiayaan; 4) aspek fasilitas kesehatan; dan 5) aspek kelembagaan”.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian yang menggabungkan paradigma penelitian kuantitatif dan penelitian kualitatif. Sehingga penelitian yang digunakan adalah penelitian kombinasi (*mixed methods*). Metode penelitian kombinasi adalah metode penelitian yang menggabungkan antara metode kuantitatif dan kualitatif (Sugiyono, 2012:397). Penelitian kombinasi tidak dilakukan secara bersamaan antara kuantitatif dan kualitatif namun, penggunaannya berbeda dengan maksud untuk saling melengkapi satu dengan yang

lainnya. Hal ini sejalan dengan pendapat Sugiyono (2012:400) bahwa, kedua metode tersebut dapat digabungkan tetapi digunakan secara bergantian.

Adapun tahap pertama yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan metode deskriptif kualitatif. Setelah pengambilan data kualitatif maka, selanjutnya melakukan penelitian menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan survei. Dengan demikian penelitian ini mengacu pada penelitian kombinasi dengan model *Sequential Exploratory Design*. Tahap awal menggunakan metode kualitatif dan tahap berikutnya menggunakan metode kuantitatif (Sugiyono, 2012:409).

Lokasi penelitian dilakukan di Daerah Istimewa Yogyakarta tepatnya di Kantor BPJS Kesehatan Cabang Daerah Istimewa Yogyakarta dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta. Dengan pertimbangan bahwa Kantor BPJS Kesehatan merupakan pelaku kebijakan BPJS Kesehatan. Sementara Rumah Sakit Umum Daerah merupakan fasilitas kesehatan lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk melaksanakan kebijakan BPJS Kesehatan.

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri atas: 1) Teknik Observasi, 2) Teknik Wawancara, 3) Teknik Dokumentasi, dan 4) Teknik Kuesioner. Selanjutnya, untuk menentukan sampel pasien Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Penembahan Senopati Kabupaten Bantul ditentukan menggunakan metode *purposive sampling*. Dengan populasi pasien Askes di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Penembahan Senopati Kabupaten Bantul tahun 2013 dan bulan Januari sampai dengan Maret 2014 sebanyak 79.197 jiwa. Sementara jumlah sampel pasien RSUD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul tersebut dihitung menggunakan rumus *Slovin* dengan tingkat kesalahan (*margin of error*) sebanyak 10%.

530 ⁴ Teknik analisis data sebagai berikut yakni untuk mendeskripsikan implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta menggunakan analisis deskriptif kualitatif. Selanjutnya, untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta menggunakan analisis korelasi *Product Moment*. Sementara itu untuk menjelaskan perbedaan pengaruh kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terhadap peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) dan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta menggunakan analisis uji dua beda (ANOVA).

PEMBAHASAN

Responden dalam penelitian ini adalah pejabat kantor BPJS Kesehatan cabang Daerah Istimewa Yogyakarta, pejabat Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Penembahan Senopati Bantul dan pasien Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Penembahan Senopati Bantul yang masuk dalam kategori peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) dan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) sehingga total keseluruhannya responden sebanyak 108 orang yang terdiri dari laki-laki sebanyak 42 orang dan perempuan sebanyak 66 orang. Usia responden rata-rata berkisar antara umur 21-30 tahun. Sementara itu jenjang pendidikan terakhir responden rata-rata Sekolah Menengah Atas (SMA).

⁴ IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN

Implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dibangun oleh dimensi komunikasi, sumber daya,

disposisi dan struktur birokrasi. Keempat dimensi tersebut disusun oleh delapan indicator dan parameter sehingga pertanyaannyapun berjumlah delapan item. Kedelapan item pertanyaan tersebut selanjutnya dilakukan uji validitas dengan menggunakan uji korelasi *Product Moment* dengan Nilai Koefisiensi korelasi kritis yaitu r tabel $N=8$ dengan α 5% adalah sebesar 0,707. Hasil uji tersebut menunjukkan bahwa keseluruhan item pertanyaan yang diukur bernilai valid. Selanjutnya adalah melakukan uji reliabilitas terhadap seluruh item pertanyaan pada variabel yang sama yakni variabel implementasi. Uji ini dilakukan dengan menggunakan *software Statistical Product dan Service Solution (SPSS)* dengan memilih uji statistik *Alfa-Cronbach' (á)*. Suatu instrumen dinyatakan reliabel bila koefisien reliabilitas minimal 0,6 (Sugiyono, 2012:184). Dari hasil uji reliabilitas maka, nilai koefisiensi *Alfa-Cronbach* lebih besar dari 0,6 yakni 0,905. Dengan demikian instrumen penelitian ini dinyatakan bersifat reliabel.

TABEL: REKAPITULASI SKOR INDEKS VARIABEL IMPLEMENTASI

Variabel	Skor Jawaban Responden					Jumlah	Indeks
	STS 1	TS 2	RR 3	S 4	SS 5		
Komunikasi	0	0	2	4	2	8	4.00
Sumber Daya	0	0	0	10	14	8	4.59
Disposisi	0	0	0	9	7	8	4.44
Struktur Birokrasi	0	0	0	7	9	8	4.59
TOTAL	0	0	2	30	32	-	4.41
Indeks Implementasi (Y)							Sangat Baik

4 TANGGAPAN RESPONDEN TERHADAP VARIABEL IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN

4 Untuk menganalisis tanggapan responden terhadap variabel implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan maka, sebelumnya dilakukan terlebih dahulu penentuan

532 skor indeks berdasarkan masing-masing dimensinya yaitu dimensi komunikasi (Y1), dimensi sumber daya (Y2), dimensi disposisi (Y3) dan dimensi struktur birokrasi (Y4). Skor indeks masing-masing dimensi tersebut yakni sebagaimana Tabel terlampir.

DIMENSI KOMUNIKASI

Nilai indeks untuk Dimensi Komunikasi (Y1) adalah 4,00 tergolong dalam kategori nilai indeks “Baik”. Artinya bahwa proses penyampaian komunikasi yang dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan sebagai pelaksana kebijakan telah dilaksanakan sesuai dengan sebagaimana mestinya. Yakni dilakukan dengan lancar dan ada wujud/ bentuk dukungan untuk menunjang kelancaran proses penyampaian komunikasi tersebut.

Komunikasi ini dilakukan dengan maksud agar proses penerimaan informasi dapat diterima dengan baik, mudah dipahami dan jelas sehingga apa yang perlu dilakukan oleh kedua belah pihak dapat sama-sama dimengerti dan dijalankan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Bentuk komunikasi yang dilakukan berupa rapat-rapat, workshop, pelatihan dan sosialisasi. Disamping itu ada penunjukkan *Person in Charge* (PIC) selain untuk media komunikasi juga untuk pengawasan.

DIMENSI SUMBER DAYA

Nilai indeks untuk Dimensi Sumber Daya (Y2) adalah 4,59 dengan demikian kategori nilai indeks tersebut “sangat baik”. Dimensi Sumber Daya parameteranya adalah staf, informasi, wewenang dan fasilitas. Pertama, terkait dengan staf/ sumber daya manusia. Kantor BPJS Kesehatan dalam merekrut staf atau untuk penambahan sumber daya manusia dalam mengelola program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilakukan dengan perekrutan melalui tes dan diumumkan secara terbuka. Setelah memenuhi syarat kualifikasi maka diterima untuk selanjutnya bekerja

membantu pelaksanaan program jaminan kesehatan ini. Begitu pula yang dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Secara nyata dibentuk sebuah tim untuk secara khusus menangani proses pelaksanaan BPJS Kesehatan di RSUD tersebut yakni Tim Kendali, Tim Jejaring Kendali dan Tim Verifikasi Internal. Tim-tim tersebut memiliki tugas dan tanggungjawabnya masing-masing sesuai dengan Surat Keputusan yang dibuat oleh Direktur RSUD.

Kedua, terkait dengan informasi yakni kemudahan akses informasi dan menerima respon yang dilakukan oleh peserta BPJS Kesehatan. Akses informasi merupakan hal yang diperlu diwujudkan oleh BPJS Kesehatan dan RSUD Panembahan Senopati Bantul dalam melaksanakan program jaminan kesehatan nasional. Dukungan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan dalam rangka untuk kemudahan akses informasi terkait dengan program jaminan kesehatan nasional yakni dengan menggunakan website, *call center*, *leaflet*, radio, Koran, Spanduk dan *Customer Service*.

Ketiga, terkait dengan wewenang. Kewenangan yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan Cabang Daerah Istimewa Yogyakarta yakni kewenangan untuk mengelola program jaminan kesehatan nasional di Daerah Istimewa Yogyakarta. Sementara kewenangan yang dimiliki oleh RSUD Panembahan Senopati Bantul sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama dan lanjutan yakni berwenang melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai seperti yang telah diamanatkan oleh BPJS Kesehatan. Kewenangan ini lebih rinci sebenarnya telah diatur dalam Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Pada pasal 11 disebutkan ada delapan kewenangan BPJS dalam melaksanakan program jaminan kesehatan nasional tersebut.

Terakhir, yakni terkait dengan fasilitas. Dukungan fasilitas baik sarana dan prasarana penunjang yang dibutuhkan untuk program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) maupun ketersediaan dana yang digunakan dalam mengelola program tersebut. Sarana dan prasarana

534 penunjang dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh RSUD Panembahan Senopati Bantul yakni berupa Loker BPJS/ BPJS Centre, LCD Elektronik dan *Software* INA CBGs.

DIMENSI DISPOSISI

Nilai indeks untuk Dimensi Disposisi (Y3) adalah 4,44 tergolong dalam kategori nilai indeks "Sangat Baik". Dengan demikian bahwa pegawai memahami apa yang menjadi isi kebijakan. Mampu mengelola program jaminan kesehatan nasional sesuai dengan tujuan. Selanjutnya bentuk dukungan BPJS Kesehatan terhadap fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan agar bisa dimanfaatkan dengan baik oleh masyarakat sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Dari hal tersebut RSUD Panembahan Senopati Bantul mendapat dukungan oleh BPJS Kesehatan Cabang Daerah Istimewa Yogyakarta dalam berbagai macam antara lain yakni:

- a) Disediaknya BPJS Center di Rumah Sakit sekaligus tenaganya/ staf;
- b) Melakukan Sosialisasi Program;
- c) Mengupayakan klaim cepat;
- d) Menyediakan staf untuk Verifikator Internal;
- e) Sistem *Hardware* dan *Software*;

1. Dimensi Struktur Birokrasi

Nilai indeks untuk Dimensi Disposisi (Y3) adalah 4,57 tergolong dalam kategori nilai indeks "Sangat Baik". Artinya bahwa pelaksanaan kebijakan BPJS Kesehatan menggunakan prosedur dan aturan-aturan yang disusun sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Ada standar dalam pelayanan kesehatan, pelayanan klaim, pelayanan rujukan dan pelayanan lainnya. Standar tersebut disusun agar dalam melaksanakan hal tersebut baik dan dilaksanakan secara sistematis,

terstruktur dan teratur sehingga peserta atau pasien bisa dilayani dengan baik. Selain hal tersebut, RSUD Panembahan Senopati Bantul juga menerapkan sejumlah *Standart Operational Procedures* (SOP) antarlain terkait dengan Alur Pelayanan, Alur Pendaftaran Pasien, Alur Rujukan, Alur Pelayanan Klaim, Alur Pelayanan Ambulan, Alur Pelayanan Rawat Inap dan Jalan serta Alur Pelayanan Gawat Darurat.

Sementara itu, dalam melaksanakan program jaminan kesehatan nasional BPJS Kesehatan Cabang Daerah Istimewa Yogyakarta maupun RSUD Panembahan Senopati Bantul didukung oleh mitra atau stakeholder. Stakeholder dimaksud antarlain yaitu: a) Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, b) RS Jejaring, c) Dinas Sosial Kabupaten Bantul, d) Puskesmas dan, e) Dokter Keluarga.

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN

Faktor-faktor yang mempengaruhi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yaitu dimensi isi kebijakan dan konteks kebijakan. Kedua dimensi tersebut dibangun oleh delapan indikator dan parameter sehingga pertanyaannyapun berjumlah delapan item. Selanjutnya dilakukan uji validitas pada setiap item pertanyaan. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan Uji Korelasi *Product Moment* dengan Nilai Koefisiensi korelasi kritis yaitu r tabel $N=8$ dengan α 5% adalah sebesar 0,707. Setelah dilakukan uji validitas maka, diperoleh hasil yang menunjukkan bahwa keseluruhan item pertanyaan bernilai valid.

Selanjutnya adalah melakukan uji reliabilitas terhadap seluruh item pertanyaan pada variabel yang sama yakni variabel pengaruh. Uji ini dilakukan dengan menggunakan *software Statistical Product dan Service Solution* (SPSS) dengan memilih uji statistik *Alfa-Cronbach'* (α). Dari hasil uji reliabilitas maka, nilai koefisiensi *Alfa-Cronbach*

536 lebih besar dari 0,6 yakni 0,987. Dengan demikian instrumen penelitian ini dinyatakan bersifat reliabel.

UJI KOEFISIENSI KORELASI *PRODUCT MOMENT*

Uji koefisiensi korelasi dilakukan untuk menelaah besarnya keterkaitan antar variabel yakni antara variabel X dan Y. Variabel-variabel tersebut diuji dengan menggunakan *software Statistical Product dan Service Solution* (SPSS) dengan memilih uji statistik koefisiensi korelasi *Product Moment*. Setelah dilakukan pengukuran maka dihasilkan koefisien korelasinya yang sudah diinterpretasi sebagai berikut:

1. Korelasi X.Y1 sebesar 0.000 dengan tingkat signifikan sangat rendah hal ini berarti bahwa tidak ada hubungan antara variabel faktor yang mempengaruhi dengan dimensi komunikasi dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori sangat rendah.
2. Korelasi X.Y2 sebesar 0.355 dengan tingkat signifikan rendah hal ini berarti bahwa keeratan hubungan antara variabel faktor yang mempengaruhi dengan dimensi dimensi sumber daya dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori rendah.
3. Korelasi X.Y3 sebesar 0.937 dengan tingkat signifikan sangat kuat hal ini berarti bahwa keeratan hubungan antara variabel faktor yang mempengaruhi dengan dimensi disposisi dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori sangat kuat.
4. Korelasi X.Y4 sebesar 0.937 dengan tingkat signifikan kuat hal ini berarti bahwa keeratan hubungan antara variabel faktor yang

mempengaruhi dengan dimensi struktur birokrasi dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori sangat kuat.

5. Korelasi X.Y sebesar 0.798 dengan tingkat signifikan sedang hal ini berarti bahwa keeratan hubungan antara variabel faktor yang mempengaruhi dengan variabel implementasi kebijakan dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul termasuk dalam kategori kuat.
6. Korelasi X1.Y1 sebesar 0.000 dengan tingkat signifikan sangat rendah hal ini berarti bahwa tidak ada hubungan antara dimensi isi kebijakan dengan dimensi komunikasi dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori sangat rendah.
7. Korelasi X1.Y2 sebesar 0.286 dengan tingkat signifikan rendah hal ini berarti bahwa keeratan hubungan antara dimensi isi kebijakan dengan dimensi dimensi sumber daya dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori rendah.
8. Korelasi X1.Y3 sebesar 0.926 dengan tingkat signifikan sangat kuat hal ini berarti bahwa keeratan hubungan antara dimensi isi kebijakan dengan dimensi disposisi dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori sangat kuat.
9. Korelasi X1.Y4 sebesar 0.922 dengan tingkat signifikan kuat hal ini berarti bahwa keeratan hubungan antara dimensi isi kebijakan dengan dimensi struktur birokrasi dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di

538

- Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori sangat kuat.
10. Korelasi $X_2.Y_1$ sebesar 0.000 dengan tingkat signifikan sangat rendah hal ini berarti bahwa keeratan hubungan antara dimensi konteks kebijakan dengan dimensi komunikasi dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori sangat rendah.
 11. Korelasi $X_2.Y_2$ sebesar 0.417 dengan tingkat signifikan sedang hal ini berarti bahwa keeratan hubungan antara dimensi konteks kebijakan dengan dimensi dimensi sumber daya dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori rendah.
 12. Korelasi $X_2.Y_3$ sebesar 0.944 dengan tingkat signifikan sangat kuat hal ini berarti bahwa keeratan hubungan antara dimensi konteks kebijakan dengan dimensi disposisi dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori sangat kuat.
 13. Korelasi $X_2.Y_4$ sebesar 0.944 dengan tingkat signifikan kuat hal ini berarti bahwa keeratan hubungan antara dimensi konteks kebijakan dengan dimensi struktur birokrasi dalam pelaksanaan kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah termasuk dalam kategori sangat kuat.

Setelah diketahui keterkaitan antara variabel Pengaruh (X) dan variabel Implementasi (Y) maka, selanjutnya adalah menghitung seberapa signifikan hubungan antara variabel Pengaruh (X) dengan indikator Isi Kebijakan (X1) dan Konteks Kebijakan (X2) dengan Implementasi (Y). Maka, selanjutnya akan diketahui Isi Kebijakan (X1) atau Konteks Kebijakan (X2) yang signifikan mempengaruhi

Implementasi (Y).

Secara keseluruhan variabel Pengaruh (X) korelasinya cukup signifikan terhadap variabel Implementasi (Y) yakni sebesar 0.798. Jika dikonsultasikan dengan tabel pedoman koefisien korelasi maka nilai tersebut masuk dalam kategori kuat. Sementara itu untuk Isi Kebijakan (X1) korelasinya signifikan terhadap variabel Implementasi (Y) yakni sebesar 0.768. Jika dikonsultasikan dengan tabel pedoman koefisien korelasi maka nilai tersebut masuk dalam kategori kuat. Begitu pula dengan Konteks Kebijakan (X2) korelasinya juga signifikan terhadap variabel Implementasi (Y) yakni sebesar 0.839. Jika dikonsultasikan dengan tabel pedoman koefisien korelasi maka nilai tersebut masuk dalam kategori sangat kuat. Artinya bahwa diantara isi kebijakan (X1) dan konteks kebijakan (X2), konteks kebijakan (X2) lebih besar korelasinya walau sama-sama memiliki korelasi sangat kuat terhadap implementasi sehingga variabel yang mempengaruhi implementasi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah konteks kebijakan (X2).

PERBEDAAN PENGARUH KEBIJAKAN BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN TERHADAP PESERTA ¹ PENERIMA
BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN (PBI-JK) DAN PESERTA
BUKAN PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN (PBI-JK)

World Health Organisation (WHO) membagi beberapa dimensi terkait dengan cakupan kesehatan secara menyeluruh yang dilaksanakan di seluruh negara. Dimensi tersebut meliputi dimensi kepesertaan, dimensi pelayanan dan dimensi finansial yang terangkum dalam skema *Universal Health Coverage* (UHC). Skema inilah yang menjadi salah satu dasar pelaksanaan jaminan kesehatan (*health insurance*) di Indonesia yakni Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Jaminan kesehatan di Indonesia diselenggarakan ³ Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan meng-cover seluruh

540 masyarakat sebagai peserta jaminan kesehatan (*health insurance*) termasuk di dalamnya masyarakat yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu disebut dengan peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) dan masyarakat bukan miskin disebut dengan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK).

Di Yogyakarta jumlah masyarakat yang tergolong dalam masyarakat fakir miskin dan orang tidak mampu atau Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) yang dalam BPJS Kesehatan disebut juga peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) tinggi. Dari jumlah penduduk di Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 1.572.154 jiwa dari 3.514.762 jiwa tahun 2012 atau sebesar 44,73% terregistrasi sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK).

TABEL: JUMLAH PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN (PBI-JK) DI YOGYAKARTA

No	Kabupaten/ Kota	Peserta PBI-JK Terregistrasi (Jiwa)	Persentase (%)	Ket
1	Kabupaten Bantul	472.442	30,05	
2	Kabupaten Gunung Kidul	444.382	28,27	
3	Kota Yogyakarta	105.632	6,72	
4	Kabupaten Kulon Progo	232.517	14,79	
5	Kabupaten Sleman	317.181	20,17	
Total		1.572.154	100	

Sumber: Olah data dari www.sosial.bantulkab.go.id

Dari data di atas dapat diketahui bahwa Kabupaten Bantul merupakan kabupaten dengan tingkat masyarakat yang memiliki Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)/ Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta yakni sebesar 30,05%. Disusul Kabupaten Gunung Kidul dan Kabupaten Sleman. Sementara Kota Yogyakarta tingkat masyarakat yang memiliki Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)/ Penerima Bantuan Iuran Jaminan

Kesehatan (PBI-JK) rendah di Daerah Istimewa Yogyakarta. Dengan demikian artinya kehadiran BPJS Kesehatan akan cukup banyak menanggung biaya iuran bagi peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) di Kabupaten Bantul.

Selanjutnya di sisi lainnya sejumlah peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) yang belum terregistrasi. Artinya selain peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) yang telah disebutkan di muka ada peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) yang belum terregistrasi atau terdaftar seperti terlihat dalam tabel di bawah ini:

TABEL: JUMLAH PESERTA PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN (PBI-JK) YANG BELUM TERREGISTRASI

Nno	Kriteria	Jumlah (Jiwa)	Persentase (%)
1	Penyandang Disabilitas terlantar	1.436.896	79,85
2	Peserta Program Askesos	225.000	12,50
3	Penerima Asistensi Lanjut Usia Terlantar	26.500	1,47
4	Penerima Asistensi Sosial Penyandang Disabilitas Berat	22.000	1,22
5	Penghuni Panti Penerima Bantuan Subsidi (anak terlantar, korban napza, lansia, panca tuna sosial)	89.031	4,95
Total		1.799.427	100

Sumber: www.sosial.bantulkab.go.id

Dari tabel di atas terlihat bahwa penyandang disabilitas terlantar merupakan peserta PBI-JK belum teregister terbanyak yakni sebanyak 79,85%. Sementara itu penerima asistensi sosial penyandang disabilitas berat merupakan peserta PBI-JK belum teregister yang tergolong rendah yakni sebesar 1,22%.

Untuk menganalisa perbedaan pengaruh implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terhadap Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) dan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) menggunakan *Analysis of Varians* (ANOVA) dengan menggunakan jenis analisis varians klasifikasi tunggal (*one way anova*). Apabila

TABEL: PERBEDAAN PENGARUH IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BPJS KESEHATAN TERHADAP PESERTA PBI-JK DAN BUKAN PBI-JK

Indikator	Peserta PBI-JK	Peserta Bukan PBI-JK	ANOVA
Terpenuhinya kepesertaan	Peserta tidak terbantu oleh program Jaminan Kesehatan Nasional dan belum memenuhi hak dasar kesehatan. Yang menjadi alasannya adalah proses pendaftaran peserta yang rumit dan terlalu banyak persyaratan. Cenderung sepakat dengan skema Jamkesda dan Jamkesmas.	Peserta merasa terbantu dan merasa bahwa Jaminan Kesehatan Nasional Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan telah memenuhi hak dasar kesehatan.	$F_h = 100$ $F_t 5\% = 3,94$ Jadi, $F_h > F_t$ ($100 > 3,94$) Maka, H_0 diterima Artinya ada perbedaan pengaruh
Keterjaminnya layanan	Peserta ketika sakit merasa terjamin dan merasa puas serta cukup baik dengan adanya layanan kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Nasional. Hal ini didukung oleh penyediaan obat yang sudah menggunakan sistem Indonesia <i>Case Based Groups</i> (INA CBGs).	Peserta ketika sakit belum merasa terjamin dan belum merasa puas dengan adanya layanan kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Hal tersebut dikarenakan peserta tidak sepakat dengan layanan kesehatan untuk penyediaan obat menggunakan sistem Indonesia <i>Case Based Groups</i> (INA CBGs). Alasan yang mendasarinya yakni manakala sakit sementara daftar obat yang dibutuhkan tidak ada dalam daftar obat di INA CBGs maka obat tersebut harus mencari ditempat lain dan akan mengeluarkan biaya lagi.	$F_h = 100$ $F_t 5\% = 3,94$ Jadi, $F_h > F_t$ ($100 > 3,94$) Maka, H_0 diterima Artinya ada perbedaan pengaruh
Ketersediaan pembiayaan	Peserta merasa ketika sakit tidak perlu memikirkan biaya kesehatannya lagi karena pembiayaan tersebut sudah dijamin oleh pemerintah serta peserta merasa pembiayaan tersebut sudah mencukupi.	Peserta merasa ketika sakit masih memikirkan biaya kesehatan karena masih harus bayar iuran setiap bulannya dengan besaran iuran variatif tergantung kelas pelayanan yang dipilih. Namun demikian pembiayaan dari Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan ketika sakit sudah mencukupi. Selanjutnya ada sebagian kategori peserta bukan PBI yang tidak mempermasalahkan iuran kepesertaan tersebut karena sudah dipotong melalui Gaji atau Upah. Istilah dalam Jaminan Kesehatan Nasional peserta tersebut dinamakan peserta bukan PBI dengan kategori pekerja penerima upah.	$F_h = 100$ $F_t 5\% = 3,94$ Jadi, $F_h > F_t$ ($100 > 3,94$) Maka, H_0 diterima Artinya ada perbedaan pengaruh

Sumber: Olahan Data Primer: 2014

dilihat dari dimensi pembentuk perbedaan pengaruh maka ada tiga dimensi yaitu dimensi kepesertaan, dimensi pelayanan dan dimensi finansial. Untuk menguji adakah perbedaan pengaruh maka, dimensi-dimensi tersebut diuji satu-persatu.

Setelah dilakukan uji *Analysis of Varians* (ANOVA) dengan menggunakan jenis analisis varians klasifikasi tunggal (*one way anova*) terhadap peserta **Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK)** dan peserta **bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK)**, baik tahapan pengujian satu-persatu sesuai dengan dimensi yang ada maupun dilakukan secara keseluruhan. Maka, dapat disimpulkan bahwa:

1. Ada perbedaan pengaruh yang signifikan terhadap peserta **Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK)** dan peserta **Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK)** pada dimensi kepesertaan, dimensi pelayanan dan dimensi finansial.
2. Ada perbedaan pengaruh yang signifikan terhadap peserta **Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK)** dan peserta **Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK)** diukur secara keseluruhan.

Dengan adanya perbedaan pengaruh seperti yang telah dijelaskan di atas maka dapat di rangkum dalam tabel berikut ini: (Lihat Tabel)

KESIMPULAN

Implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta dilaksanakan dengan sangat baik. Hal ini berdasarkan hasil perolehan nilai indeks. Untuk dimensi komunikasi hasil perolehan nilai indeks 4,44 (sangat baik), dimensi sumber daya hasil perolehan nilai indeks 4,59 (sangat baik), dimensi disposisi hasil perolehan nilai indeks 4,44 (sangat baik) dan dimensi struktur birokrasi hasil perolehan nilai indeks 4,57 (sangat baik).

Sementara itu faktor yang mempengaruhi implementasi

544 kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta adalah Konteks Kebijakan. Hal ini diketahui setelah dilakukan analisis korelasi dengan nilai koefisiensi korelasi sebesar 0.839 (sangat kuat). Sementara itu variabel Isi Kebijakan (X1) korelasinya signifikan terhadap variabel Implementasi (Y) lebih kecil yakni sebesar 0.768 (sangat kuat).

Selanjutnya, ada perbedaan pengaruh Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terhadap peserta Penerima Bantuan Iuran Janinan Kesehatan (PBI-JK) dan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran Janinan Kesehatan (PBI-JK) pada semua dimensi yakni dimensi kepesertaan dengan nilai $F_h=100$, dimensi pelayanan dengan nilai $F_h=100$ dan dimensi finansial dengan nilai $F_h=100$.

Setelah diketahui hasil penelitian ini maka, adapun saran yang perlu diperhatikan yakni implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan seyogyanya mencakup **6** empat bagian sebagai pelaksana kebijakan yaitu BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) dan Fasilitas Kesehatan Penunjang (FKP). Sementara dalam penelitian ini hanya terfokus pada dua bagian saja yaitu BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) serta ditambah dengan pengguna kebijakan ini yaitu masyarakat sebagai pasien/ peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Artinya ada dua bagian yang belum masuk dalam kajian penelitian ini. Oleh karena itu hendaknya penelitian-penelitian selanjutnya memfokuskan kajiannya pada empat bagian tersebut. Variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan menurut teori Merilee S. Grindle (1980) mencakup Isi Kebijakan dan Konteks Kebijakan sepenuhnya mempengaruhi implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Namun kiranya perlu dilakukan penelitian lebih

mendalam dengan sampel penelitian yang lebih banyak sehingga memenuhi batas minimal sampel pada penelitian kuantitatif. Sementara itu saran untuk RSUD Panembahan Senopati Bantul agar tetap mempertahankan proses pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) seperti saat ini namun jika memungkinkan untuk bisa meningkatkan pelayanan kesehatan terutama pada bidang sumber daya. Saran lainnya ditujukan kepada BPJS Kesehatan Cabang DIY agar secara intensif melaksanakan sosialisasi Program Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan tujuan untuk memperkaya informasi terkait dengan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini. Sehingga Fasilitas Kesehatan (Faskes) mengerti apa yang menjadi kewajiban dan haknya dalam melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

DAFTAR PUSTAKA

5 KU

- Agustino, Leo. 2012. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*, cetakan ke-3. Bandung: Alfabeta.
- Arifianto, Alex. 2004. *Reformasi Sistem Jaminan Sosial di Indonesia: Sebuah Analisis Atas Rancangan Undang-Undang Jaminan Sosial Nasional (RUU Jamsos)*. Jakarta: Lembaga Penelitian SMERU.
- Creswell, Jhon. W. 2012. *RESEARCH DESIGN Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixel*. Pustaka Pelajar.
- Devereux, Stephen. 2010. *Building Sosial Protection System In Southern Africa*. Prepared in the framework of the Euroean Report on Development.
- Dunn, William N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. cetakan ke-5, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Eka Putri, Asih dan Mahendra, A.A Oka. 2013. *Pengantar Hukum-Jaminan Sosial TRANSFORMASI SETENGAH HATI PERSERO: Askes, Jamsostek, Asabri, Taspen ke BPJS Menurut UU BPJS*, Pustaka Martabat.
- Hawari, Mu'allim. dan Desi, Arlina. 2014. *Surakarta District Hospital Strategic Analysis Facing Nasional Health Insurance 2014*. The First Asian Postgraduate Research Conference.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Buku Saku FAQ BPJS Kesehatan*, Jakarta: Sekretariat Jenderal.
- Moleong, Lexy J. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif*, cetakan ke-1, Bandung: PT. Remaja Rosdakarya Offset.

- Nugroho, Riant. 2012. *Public Policy*, edisi ke-4 revisi, Jakarta: Gramedia.
- Nurman, A., Martini, A. 2008. *Merumuskan Skema Penyediaan Jaminan Pelayanan Kesehatan yang Sesuai untuk Daerah*. Bandung: Perkumpulan Inisiatif.
- Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2013
- Purwoko, Bambang. 2012. *Implementasi UU No 24/2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam Perspektif Manajemen Pengawasan Eksternal*. Makalah disajikan untuk Forum Komunikasi Sistem Jaminan Sosial Sosal.
- Purwoko, Bambang. 2006. *Teori, Program dan Badan Penyelenggara Sistem Jaminan Sosial*, Buku Ajar untuk dipergunakan di lingkungan Program Program Studi Magister Kesehatan FKMUI dan MPKP FEUI.
- Putra, Nusa, dan Hendarman. 2012. *Metodologi Penelitian Kebijakan*. cetakan ke-1, Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Royal Government of Cambodia. 2011. *National Sosial Protection Strategy for the Poor and Vulnerable*.
- Sarwono S. 2007. *Sosiologi Kesehatan: Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Situmorang, H. Chazali. 2013. *Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia*, Depok: Cinta Indonesia.
- Son, Annette H.K. 2002. *Social Insurance Programs in South Korea And Taiwan: a Historical overview*. Uppsala Universitet.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*, Cetakan ke-3, Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2012. *Statistika untuk Penelitian*, cetakan ke-21, Bandung: Alfabeta.
- Suharno. 2013. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik: Kajian Proses dan Analisis Kebijakan*. Yogyakarta: Ombak.
- Suranto. 2013. *Kualitas Pelayanan Publik: Telaah Faktor-Faktor Determinan*, Cetakan Pertama. Yogyakarta: CV. Visitama Jogjakarta.
- Susilawaty, Susy. 2007. *Analisis Kebijakan Publik Bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Kota Tasikmalaya*.
- Thabrany, Hasbullah. 2011. *Evolusi Jamkesmas: Menuju Cakupan Universal*. Jakarta: Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan, Triwulan IV.
- Wilbulpolprasert, Suwit. 2013. *Global, Regional, and Thailand Movements on Universal Health Coverage*, a Presented at the CAP UHC Workshop on UHC and IT, National Health Security Office: August 19th.
- Yohandarwati, dkk. 2003. *Sistem Perlindungan dan Jaminan Sosial (Suatu Kajian Awal)*, Direktorat Kependudukan, Kesejahteraan Sosial, dan Pemberdayaan Perempuan: Bappenas 2003.
- Yunus, Sabari. 2010. *Metodologi Penelitian Wilayah Kontemporer*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- JURNAL
- Acharya, Arnab et.al. "Impact of National Health Insurance for poor and the informal sector in low-and middle income countries" EPPI-Centre, Social Science Research

Unit, Institute of Education, University of London, 2012.

Eka Putri, Asih, dan Suryati. "Menuju Sistem Jaminan Sosial: Pemetakan dan Telaah Kritis Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sebelum UU No. 40 Tahun 2004/SJSN". Buletin Penelitian Kesehatan, Volume 40 Nomor 2, Juni 2012, Halaman 85-99.

Mundiharno. "Peta Jalan Menuju Universal Health Coverage Jaminan Kesehatan". Jurnal Legislasi Indonesia Vo. 9 No. 2 -Juli 2012.

REGULASI

1

Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan

3 Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Undang-undang Nomor 13 tahun 2012 Tentang Keistimewaan Daerah Istimewa Yogyakarta

Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan

Perpres Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan

Perpres Nomor 111 tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 1 tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 326/MENKES/SK/IX/2013 Tentang Penyiapan Kegiatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK/MENKES/32/I/2014 Tentang pelaksanaan Kesehatan Bagi Peserta BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 19 Tahun 2012 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 17 Tahun 2007 Tentang Pembentukan Organisasi Lembaga Teknis Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bantul.

Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta

ORIGINALITY REPORT

7 %

SIMILARITY INDEX

%

INTERNET SOURCES

7 %

PUBLICATIONS

%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

- 1** Suroso Suroso. "IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN DI KABUPATEN PATI", Jurnal Litbang: Media Informasi Penelitian, Pengembangan dan IPTEK, 2017 **2%**

Publication
- 2** Kismiyatul Fitriya Muftika, Mitra Mitra, Jasrida Yunita, Yanwir Kamal, Helda Suryani Munir. Jurnal Kesehatan Komunitas, 2018 **1%**

Publication
- 3** Dede Agus. "PERKEMBANGAN PENGATURAN JAMINAN SOSIAL TENAGA KERJA DALAM RANGKA PERLINDUNGAN HUKUM BURUH/PEKERJA", FIAT JUSTISIA, 2015 **1%**

Publication
- 4** Rosnawati Rosnawati. "Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Puskesmas Dolo Kabupaten Sigi Sulawesi Tengah", PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat, 2017 **1%**

Publication
- 5** Riau Sujarwani. "Pelaksanaan Kebijakan Dalam Pengelolaan Sampah Oleh Kantor Kebersihan, Pertamanan dan Pemakaman Kota Tanjungpinang", Jurnal Ilmu Pemerintahan : Kajian Ilmu Pemerintahan dan Politik Daerah, **1%**

2016

Publication

6

Mas'udin Mas'udin. "IDENTIFIKASI
PERMASALAHAN FINANSIAL PADA JAMINAN
SOSIAL KESEHATAN NASIONAL", INFO
ARTHA, 2017

Publication

1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On