

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan adalah salah satu hak mendasar masyarakat yang penyediannya wajib diselenggarakan oleh pemerintah sebagaimana telah diamanatkan dalam Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan Pasal 34 ayat (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia, pelayanan memiliki tiga makna yaitu: (1) perihal hal atau cara melayani, (2) usaha melayani kebutuhan orang lain dengan memperoleh imbalan (uang), (3) kemudahan yang diberikan sehubungan dengan jual beli barang atau jasa. Thoha dalam Hardiyansyah (2011:11) istilah pelayanan itu sama dengan pengabdian dan pengayoman. Dari seorang administrator diharapkan akan tercermin sifat-sifat memberikan pelayanan publik, pengabdian kepada kepentingan umum dan memberikan pengayoman kepada masyarakat lemah dan kecil. Administrator lebih menekankan pada mendahulukan

kepentingan masyarakat/umum dan memberikan *service* kepada masyarakat ketimbang kepentingan sendiri.

Pelayanan adalah suatu aktifitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan kariawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen atau pelanggan (Gronroos dalam Ratminto dan Winarsih 2015:2).

Pelayanan Asuransi Kesehatan bertransformasi pada 1 Januari 2014 dari PT Asuransi Kesehatan yang akan menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Jumlah peserta hingga Desember 2013 mencapai angka 116.122.064 jiwa. Jumlah peserta tersebut merupakan gabungan dari peserta baru dan pengalihan program terdahulu, yaitu Asuransi Kesehatan (Askes), Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Tentara Nasional Indonesia (TNI), Polri, dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek). Peserta pengalihan sebanyak 112.592.141 jiwa, terdiri atas pengalihan dari Askes sebanyak 16.142.615 jiwa, Jamkesmas (86,4 juta jiwa), TNI (859.216 jiwa), Polri (743.454 jiwa), dan Jamsostek sebanyak 8.446.856 jiwa. Sedangkan peserta baru berjumlah 3.529.924 jiwa yang berasal dari Jaminan Kesehatan Aceh dan Kartu Jakarta Sehat. Jamkesda Aceh sekitar 1,2 juta jiwa dan KJS sekitar 2,2 juta jiwa, Direktur

Kepesertaan PT Askes Sri Endang Tidarwati (Tempo.Com, Senin, 30 Desember 2013, 17:07 Wib).

Berdasarkan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Perubahan iuran jaminan kesehatan nasional untuk peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja. Perpres tentang naiknya iuran bagi para peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan tersebut ditetapkan Presiden Joko Widodo pada 29 Februari 2016.

Tabel I.1
Perubahan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja

Ruang Perawatan	Iuran Lama	Iuran Baru
Kelas I	Rp 59.500	Rp 80.000
Kelas II	Rp 42.500	Rp 51.000
Kelas III	Rp 25.500	Rp 30.000

Sumber: *Perpres No 19 Tahun 2016*

Pemerintah membatalkan kenaikan iuran BPJS Kesehatan untuk kelas III yang diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016. Dalam Perpres tersebut, iuran BPJS Kesehatan untuk kelas III akan dinaikkan dari Rp 25.500 menjadi Rp 30.000. Setelah Pemerintah membatalkan kenaikan iuran BPJS Kesehatan maka besaran iuran yang dibayarkan bagi pemegang kartu kelas III sebesar Rp 25.500 (sindonews.com).

Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan banyak yang dikeluhkan dan dipersoalkan masyarakat. Layanan Kesehatan milik pemerintah banyak dilaporkan ke lembaga Ombudsman Republik Indonesia (ORI). Menurut Asisten ORI Perwakilan D. I. Yogyakarta (Bapak Jaka Susila Wahyuana) laporan keluhan tentang prosedur pelayanan BPJS Kesehatan cukup tinggi pada tahun 2015. Laporan yang masuk ke lembaga Ombudsman Republik Indonesia (ORI) di antaranya dalam hal pengurusan birokrasi, pendaftaran, hingga antrian yang lama dan juga terkait pembayarannya (Economy.Okezone.Com/2016).

Sejumlah warga Yogyakarta mengeluhkan pelayanan BPJS yang dinilai menyulitkan pesertanya yang akan berobat. Selain pelayanan administrasi yang berbelit-belit untuk mendapatkan rujukan ke dokter spesialis dan obat-obatan yang sesuai resep sulit terealisasi. Salah satu kesulitan yang dialami oleh pasien di Puskesmas Rongkon 1 peserta BPJS Mandiri, sudah empat kali berobat ke puskesmas. Namun sulit untuk meminta rujukan ke dokter spesialis sehingga pasien sangat kecewa. Harapan masyarakat dengan menggunakan kartu BPJS mandiri kelas 1 adalah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik, namun jauh dari harapan masyarakat (Okezone.Com, Rabu, 20 Januari 2016-17:08 wib).

Tabel I.2
Daftar Faskes I dan Faskes II di Wilayah/Kecamatan
Yang Bekerja Sama Dengan BPJS Kesehatan Kabupaten Bantul

No	Wilayah/ Kecamatan	Faskes I	Jumlah	Faskes II	Jumlah
1	Bambang Lipuro	1. Puskesmas Bambang Lipuro	1	1. RS Santa Elisabeth	1
2	Banguntapan	1. Puskesmas Banguntapan I 2. Puskesmas Banguntapan II 3. Puskesmas Banguntapan III	3	1. RS Rajawali Citra Bantul 2. Klinik Utama Bedah Adelia	2
3	Bantul	1. Puskesmas Bantul I 2. Puskesmas Bantul II	2	1. RSK Paru Respira 2. RSUD Bantul 3. RS PKU Muhammadiyah Bantul	3
4	Dlingo	1. Puskesmas Dlingo I 2. Puskesmas Dlingo II	2	-	-
5	Imogiri	1. Puskesmas Imogiri I 2. Puskesmas Imogiri II	2	-	-
6	Jetis	1. Puskesmas Jetis I 2. Puskesmas Jetis II	2	1. RS Rachma Husada 2. RS Rchma Husada	2
7	Kasihani	1. Puskesmas Kasihan I 2. Puskesmas Kasihan II	2	1. Klinik Hemodialisis Nitipuran	1
8	Kretek	1. Puskesmas Kretek	1	-	-
9	Pajangan	1. Puskesmas Pajangan	1	-	-
10	Pandak	1. Puskesmas Pandak I 2. Puskesmas Pandak II	2	-	-
11	Piyungan	1. Puskesmas Piyungan	1	-	-
12	Pleret	1. Puskesmas Pleret	1	1. RS Kbia Permata Husada	1
13	Pundong	1. Puskesmas Pundong	1	-	-
14	Sanden	1. Puskesmas Sanden	1	-	-
15	Sedayu	1. Puskesmas Sedayu 2. Puskesmas Sedayu	2	-	-
16	Sewon	1. Puskesmas Sewon 2. Puskesmas Sewon	2	1. RS Patmasuri 2. RSKB Ring Road Selatan 3. RSU Gria Mahardika	3
17	Srandakan	1. Puskesmas Srandakan	1	-	-
Jumlah			27		13

Sumber: *Data Diolah Peneliti BPJS-Kesehatan*

Dari tabel diatas tampak bahwa jumlah Puskesmas dan Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kabupaten Bantul berjumlah 27 Puskesmas, dan 13 Rumah Sakit. Jumlah ini terbagi atas kecamatan terbanyak, dan jumlah puskesmas paling sedikit terdapat di kecamatan Bambang Lipuro, Kretek, Pajangan, Piyungan, Pleret, Pundong, Sanden, Srandakan.

Di Kabupaten Bantul yang mendaftar sebagai peserta anggota BPJS Kesehatan berjumlah 676.276 jiwa (Koran Sindo Daerah, 13 Januari 2016). Dan total peserta JKN mandiri tercatat sebanyak 46.316 jiwa (Harian Jogja, Senin Kliwon, 25 April 2016). Kanit Keuangan BPJS Kesehatan DIY Musdaliza menuturkan di tingkat kabupaten provinsi D. I. Yogyakarta yang membayar premi peserta BPJS Mandiri hanya 70% dari anggota yang tercatat. Hal ini tentu berakibat lebih tinggi klaim yang dibayarkan oleh BPJS ke Rumah Sakit. Bahkan tidak sedikit pasien dari luar DIY yang di rawat di rumah sakit DIY. Tetapi klaim BPJS dari rumah sakit yang menanggung adalah BPJS Kesehatan D. I. Yogyakarta.

Ketidakseimbangan pembayaran melebihi angka Rp 1 triliun. Jumlah iuran masuk hanya Rp 338 miliar, sementara jumlah klaim mencapai Rp 1.5 triliun. Penggunaan kartu secara tidak bijak disyalir menjadi pemicu besarnya defisit yang harus ditanggung oleh BPJS

Kesehatan. (Kepala BPJS DIY, Upik Handayani, Harianjogja.Com, Minggu, 24 Januari 2016-01:20 Wib).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mengalami pembengkakan biaya klaim, salah satu penyebabnya banyak pasien yang meminta dirujuk ke Rumah Sakit (Harianjogja.com). Jumlah iuran yang diterima Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) tidak sebanding dengan biaya klaim dari peserta. Di Kabupaten Bantul sendiri jumlah klaim sangat besar dibandingkan dengan premi yang di bayarkan oleh masyarakat pengguna Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Menurut Kepala BPJS Bantul (Bapak Sutardji) Salah satu penyebabnya adalah banyak peserta BPJS Kesehatan mandiri yang tidak membayar iuran yang dibebankan. Peserta BPJS Kesehatan membayar di awal menjadi peserta BPJS Kesehatan untuk meringankan biaya pengobatan di Rumah Sakit. Ketika memasuki bulan kedua atau ketiga, peserta BPJS Kesehatan mulai tidak membayar premi yang dibebankan. Selain itu, banyak peserta BPJS Kesehatan yang hanya membayar premi atas nama seseorang yang sakit atau sedang membutuhkan biaya, sementara anggota keluarga yang sehat tidak diikutsertakan menjadi peserta BPJS Kesehatan (Sindonew.Com, Minggu, 9 Agustus 2015-18:18 Wib).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menghentikan pelayanan terhadap 1.400 peserta JKN mandiri. Menurut Kepala BPJS Bantul pada tahun 2016 banyak peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mandiri yang tidak membayar iuran. Rata-rata yang tidak membayar iuran sudah dari satu tahun. Sesuai dengan aturan atau toleransi tunggakan premi asuransi maksimal enam bulan. Bila pembayaran iuran lewat dari toleransi maka BPJS Kesehatan akan menghentikan layanan kesehatan. Peserta BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul yang tidak membayar iuran yang dibebankan banyak didominasi oleh peserta JKN mandiri, karena pembayaran iuran dilandaskan atas dasar kesadaran peserta (Harian Jogja, Senin Kliwon, 25 April 2016).

Pasal 22 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang menjelaskan bahwa Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

Pemerintah memberikan kepastian dalam Jaminan Kesehatan bagi masyarakat kurang mampu dengan cara membayarkan iuran tersebut melalui anggaran yang dimiliki oleh pemerintah, sehingga para masyarakat yang kurang mampu mendapatkan hak-haknya khususnya dalam hal pelayanan kesehatan.

Studi ini difokuskan pada pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yaitu dari sisi Hubungan Stakeholder, Model Pembiayaan dan Outcome JKN. Pertanyaan penting yang dianalisis dalam studi ini berkaitan dengan evaluasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap tingkat kepuasan bagi peserta BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Berdasarkan permasalahan-permasalahan tersebut serta melihat kenyataan yang terjadi di program asuransi kesehatan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan judul *“Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Tentang Hubungan Stakeholder, Model Pembiayaan dan Outcome JKN di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta 2016)”*.

I.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana Hubungan Stakeholder dalam BPJS, Rumah Sakit, Puskesmas di Kabupaten Bantul ?
2. Bagaimana Model Pembiayaan BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul ?
3. Apa saja Outcome JKN di Kabupaten Bantul bagi masyarakat ?

I.3. Tujuan dan Manfaat

I.3.1. Tujuan Penelitian

1. Mengevaluasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yaitu dari sisi Hubungan Stakeholder, Model Pembiayaan, dan Outcome di Kabupaten Bantul provinsi D. I. Yogyakarta.
2. Mengetahui secara mendalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yaitu dari sisi Hubungan Antar Stakeholder, Model Pembiayaan dan Outcome di Kabupaten Bantul provinsi D. I. Yogyakarta.

I.3.2. Manfaat Penelitian

I.3.2.1. Manfaat Akademik

Hasil penelitian ini bermanfaat bagi para peneliti, mahasiswa dan semua pihak yang terkait untuk mengkaji tentang pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

I.3.2.2. Manfaat Praktis

Secara praktis penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi kinerja BPJS dan dapat dijadikan bahan atau pedoman bagi pemerintah baik pusat maupun daerah dalam pengambilan kebijakan terkait dengan kinerja Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada masa yang akan datang.