

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam BAB ini memaparkan hasil analisis data pada masing-masing indikator yang dievaluasi. Pembahasan difokuskan pada tiga area yakni tentang Hubungan Stakeholder, Model Pembiayaan dan Outcome JKN Kesehatan. Untuk mengevaluasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kabupaten Bantul pada masing-masing bagian, digunakan data sekunder yang dipublikasikan secara resmi oleh dinas-dinas terkait, untuk memperkuat dan mempertajam analisis digunakan data primer hasil wawancara.

V.1. Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Kebersertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dijelaskan dalam Peraturan Presiden No. 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Peraturan Presiden No.12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Kebersertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Kebersertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014 hingga mencakup seluruh penduduk Indonesia paling lambat 1 Januari 2019.

V.2. Hubungan Stakeholder

Lembaga berisi konsep (*ide, notion, doktrin, interest*) dan sebuah struktur (Sumner dalam Soemardjan dan Soemardi, 1964:67). lembaga adalah suatu pola perilaku sosial yang sudah berlangsung secara terus menerus dan peraturan suatu lembaga yang berprinsip pada norma-norma yang positif. Stakeholder menurut Freeman, merupakan sebagai kelompok atau individu yang dapat mempengaruhi dan atau dipengaruhi oleh suatu pencapaian tujuan.

V.2.1. Hubungan Kerja Sama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Dengan Rumah Sakit

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Sedangkan BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Rumah sakit adalah salah satu bagian pelayanan kesehatan yang dikembangkan dalam membangun kesehatan. Kebutuhan akan kesehatan menjadi bagian yang sangat vital membuat rumah sakit menjadi sangat penting.

Dari hasil wawancara tersebut, *Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul melakukan kerja sama dengan Badan*

Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada tahun 2014 sedangkan dengan jamkesmas sudah lama (Menurut Kasubbag Ibuk Nur Indah Isnaeni, 13 Agustus 2016).

Jaminan kesehatan sebagai bagian dari sistem jaminan sosial di Indonesia memang merupakan wujud program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal (Jurnal Studi Hukum, Vol. V, No.1, Januari –Juni 2015).

Program jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas. Tujuannya adalah memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Prinsip asuransi sosial meliputi kepesertaan yang bersifat wajib dan non-diskriminatif, bagi kelompok formal, iuran berdasar presentase pendapatan menjadi beban bersama antara pemberi dan penerima kerja, sampai batas tertentu. Sehingga ada

kegotongroyongan antara yang kaya-miskin, risiko sakit tinggi-rendah, tua-muda, dengan manfaat pelayanan medis yang sama (prinsip ekuitas), bersifat komprehensif, meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, darehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai (UU No 40 Tahun 2014).

Penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional ini tentu selaras dengan yang diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (3) mengenai hak terhadap jaminan sosial dan Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, dan Keputusan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik yang tertuang dalam TAP Nomor X/MPR/2001, yang menugaskan Presiden untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang menyeluruh dan terpadu. Dalam konteks itulah kajian ini hadir, sebagai upaya mempertegas bahwa apakah program SJSN dan BPJS sudah merepresentasikan manifestasi negara kesejahteraan secara tepat.

Rumah sakit menurut WHO dalam Qauliyah (2008) yaitu suatu bagian menyeluruh, (Integrasi) dari organisasi dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun rehabilitatif, dimana output layanannya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan, rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan

tenaga kesehatan serta untuk penelitian biososial (Jurnal Sistem Informasi (JSI), Vol. 3, No. 2, Oktober 2011).

Rumah sakit adalah salah satu bagian dalam pelayanan kesehatan yang dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan. Kebutuhan akan kesehatan yang sangat penting membuat peran rumah sakit menjadi amat penting. Semakin lama peran rumah sakit mulai mengalami pergeseran. Seiring dengan perkembangan yang terus menerus terjadi pada rumah sakit yang semula cenderung bermotif sosial kini mulai banyak yang memiliki motif mencari keuntungan. Apapun motifnya, rumah sakit memiliki satu kesamaan peran, yakni memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat.

Tabel V.1
Daftar Faskes II di Wilayah/Kabupaten
Yang Bekerja Sama Dengan BPJS Provinsi DIY

No	Wilayah/Kabupaten	Jumlah Faskes II
1	Kabupaten Bantul	13
2	Kabupaten Gunung Kidul	3
3	Kabupaten Kulon Progo	4
4	Kabupaten Sleman	21
5	Kota Yogyakarta	16
Jumlah		57

Sumber: *Data Diolah Peneliti BPJS-Kesehatan*

Dari tabel diatas tampak bahwa jumlah Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Provinsi D. I. Yogyakarta berjumlah 57 Rumah Sakit. Jumlah ini terbagi atas Kabupaten yang ada di provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Sedangkan di Kabupaten Bantul jumlah

Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berjumlah 13 Rumah Sakit.

Kerja sama rumah sakit dengan BPJS kesehatan sudah lama dilaksanakan dan selama melakukan kerja sama berjalan cukup positif, permasalahan yang ada antara lembaga rumah sakit dan BPJS Kesehatan masih bisa diselesaikan dengan kordinasi yang dilakukan antar kedua lembaga tersebut.

V.2.2. Hubungan Kerja Sama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Dengan Puskesmas

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat yang sangat penting di Indonesia. Pusat pembinaan masyarakat di bidang kesehatan dan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Depkes, 2011).

Dari hasil wawancara dengan Ibuk Haryati mengatakan *Puskesmas Bantul 1 bekerjasama dengan BPJS Kesehatan pada tahun 2014. Adanya kerja sama antara puskesmas dengan berbagai instansi*

terkait untuk menjalankan program BPJS Kesehatan di puskesmas antara lain adalah: Dinas Kesehatan (DINKES), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Kelurahan dan Desa. Dalam segi hambatan yang dialami puskesmas selama menjalankan program BPJS Kesehatan ini hampir tidak ada hambatan sama sekali mungkin dari segi klaim itu kadang-kadang lama dan itu bukan hambatan yang dialami oleh Puskesmas (Kepala Puskesmas, 25 Juli 2016).

Secara nasional, standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan, tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan atau RW). Masing-masing puskesmas tersebut secara operasional bertanggung jawab langsung kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Depkes RI, 2004).

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Trihono, 2005).

Puskesmas adalah unit pelayanan tingkat pertama dalam membangun kesehatan di Indonesia. Pelayanan tingkat pertama ini

menjadi sangat penting keberadaanya untuk mewujudkan derajat kesehatan secara optimal.

Tabel V.2
Daftar Faskes I di Wilayah/Kabupaten
Yang Bekerja Sama Dengan BPJS Provinsi DIY

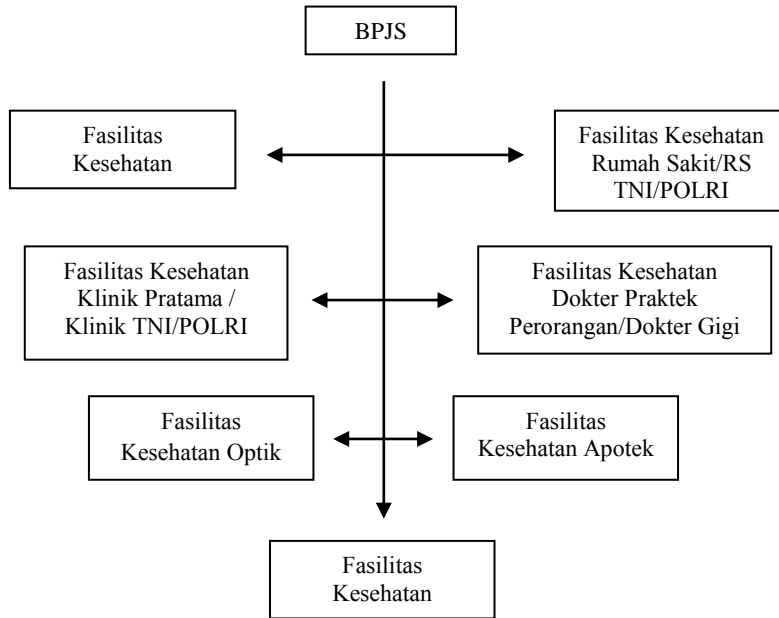
No	Wilayah/Kabupaten	Jumlah Faskes I
1	Kabupaten Bantul	27
2	Kabupaten Gunung Kidul	30
3	Kabupaten Kulon Progo	21
4	Kabupaten Sleman	25
5	Kota Yogyakarta	18
Jumlah		121

Sumber: Data Diolah Peneliti BPJS-Kesehatan

Dari tabel diatas tampak bahwa jumlah Puskesmas yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Provinsi D. I. Yogyakarta berjumlah 121 puskesmas. Jumlah ini terbagi atas Kabupaten yang ada di provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Sedangkan di Kabupaten Bantul jumlah Puskesmas dan Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berjumlah 27 Puskemas. Kabupaten Bantul terbanyak kedua dari Kabupaten Gunung Kidul dalam hubungan kerja sama BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Kerja sama puskesmas dan BPJS Kesehatan berjalan cukup relefan dalam menjalankan program dari BPJS Kesehatan, dan selama menjalankan program dari BPJS Kesehatan puskesmas tidak mendapat permasalahan yang berarti dalam pelaksanaannya.

Gambar V.1
Kerja Sama BPJS Kesehatan Dengan
Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Bantul



Sumber: *Data Diolah Peneliti BPJS-Kesehatan*

Fasilitas adalah sesuatu sarana yang bisa mempermudah atau memperlancar pekerjaan dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Fasilitas kesehatan adalah segala sarana dan prasarana yang bisa menunjang kesehatan baik kesehatan jasmani maupun kesehatan rohani. Fasilitas kesehatan yang menunjang maka pasien yang menjalani pengobatan bersemangat dalam proses kesembuhannya.

Jumlah fasilitas kesehatan yang kerja sama dengan BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul provinsi D. I. Yogyakarta yang dijelaskan dalam tabel V.3 sebagai berikut:

Tabel V.3
Daftar Fasilitas Kesehatan Yang Bekerja Sama
Dengan BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul

No	Nama Fasilitas Kesehatan	Jumlah
1	Fasilitas Kesehatan Rumah Sakit	13
2	Fasilitas Kesehatan RS TNI/POLRI	1
3	Fasilitas Kesehatan Puskesmas	27
4	Fasilitas Kesehatan Dokter Praktik Perorangan	13
5	Fasilitas Kesehatan Dokter Gigi	6
6	Fasilitas Kesehatan Klinik Pratama	8
7	Fasilitas Kesehatan Klinik TNI	3
8	Fasilitas Kesehatan Klinik POLRI	1
9	Fasilitas Kesehatan Apotek	13
10	Fasilitas Kesehatan Optik	2
11	Fasilitas Kesehatan Lainnya	3
Jumlah Fasilitas Kesehatan		90

Sumber: *Data Diolah Peneliti BPJS-Kesehatan*

Dari tabel di atas tampak bahwa jumlah yang terbanyak di fasilitas kesehatan Pusat Kesehatan Masyarakat sebesar 27 fasilitas kesehatan dan yang paling sedikit di fasilitas Kesehatan RS TNI/POLRI, Fasilitas Kesehatan Klinik POLRI sebesar 1 fasilitas kesehatan. Dari jumlah keseluruhan sebesar 90 fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Bantul.

V.2.2.1. Pola hubungan antar lembaga Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan

Hubungan Kerja Sama antar lembaga Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dengan Fasilitas Kesehatan yang telah diamanatkan dalam Peraturan Pemerintah RI Nomor 85 Tahun 2013 Pasal 6 ayat 1 dan 2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam melaksanakan

tugasnya, dapat melakukan kerja sama dengan organisasi atau lembaga lain dalam negeri dan luar negeri. Kerja sama ini dilakukan dalam rangka meningkatkan kualitas BPJS Kesehatan atau meningkatkan kualitas pelayanannya kepada peserta.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Menurut Peraturan Presiden No. 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Peraturan Presiden No.12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan dalam pasal 1 ayat 14 menjelaskan bahwa pengertian dari fasilitas kesehatan ialah pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.

Fasilitas kesehatan haruslah menjamin kesehatan dari pesertanya sendiri. Menurut peraturan presiden tersebut, setidaknya ada dua kategori yang masuk kepada peserta JKN Kesehatan yaitu, PBI dan bukan PBI kesehatan. Peserta PBI kesehatan adalah orang yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu. Sedangkan peserta bukan PBI kesehatan merupakan peserta yang bukan tergolong fakir miskin dan orang yang tidak mampu, diantaranya ialah pekerja penerima upah dan keluarganya, pekerja

bukan penerima upah dan keluarganya, serta bukan pekerja dan anggota keluarganya.

Adapun pekerja penerima upah yang dimaksud ialah pegawai negeri sipil (PNS), anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, pegawai pemerintah non pegawai negeri, pegawai swasta, dan pekerja yang tak termasuk jenis-jenis pekerjaan diatas namun menerima upah. Sedangkan pekerja bukan penerima upah yang dimaksud ialah pekerja diluar interaksi kerja atau pekerja mandiri ataupun pekerjaan lainnya yang bukan penerima upah.

Fasilitas kesehatan memberikan pelayanan kesehatan terhadap peserta BPJS Kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan derajat kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat tanpa membeda-bedakan ras, suku, bangsa.

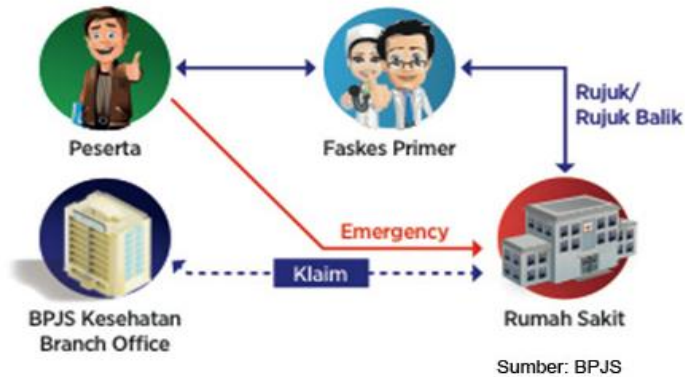
V.2.3. Alur Pelayanan Peserta BPJS Kesehatan

Alur pelayanan adalah proses urutan dalam memperoleh pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang telah disediakan sesuai dengan kebutuhan penerima pelayanan berdasarkan ketentuan yang berlaku.

V.2.3.1. Alur pelayanan kesehatan

Alur pelayanan peserta BPJS Kesehatan melalui beberapa tahapan yang dijelaskan dalam gambar V.2 adalah:

Gambar V.2
Alur Pelayanan Kesehatan



Ada dua kategori pasien yang dapat ditangani oleh BPJS Kesehatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yaitu :

1. Pasien gawat darurat

Pasien gawat darurat adalah kondisi yang harus segera mendapatkan pelayanan medis jika tidak cepat ditolong maka kondisi pasien akan lebih parah dan dapat mengancam keselamatan pasien itu sendiri. Setiap peserta BPJS Kesehatan yang kondisinya gawat darurat tidak harus melalui faskes 1 sesuai yang tertera di kartu peserta BPJS, namun khusus untuk pasien gawat darurat bisa langsung datang ke faskes terdekat seperti rumah sakit. Pasien gawat darurat akan langsung ditangani di unit gawat darurat dimanapun dan dikota manapun dan biaya sepenuhnya bisa ditanggung oleh BPJS Kesehatan.

2. Pasien bukan gawat darurat

Setiap peserta BPJS Kesehatan yang bukan termasuk gawat darurat, seperti pasien berobat rawat jalan maka pasien BPJS Kesehatan yang ingin melakukan pengobatan dengan menggunakan layanan BPJS Kesehatan harus datang pertama kali di faskes 1 sesuai yang tertera di kartu BPJS peserta, jika tidak maka kemungkinan besar biaya tidak akan ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Faskes 1 adalah fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas, klinik, praktek dokter, praktek dokter gigi dan rumah sakit dengan tipe D.

Jika di faskes 1 pasien tidak bisa ditangani atau peralatan yang terdapat di faskes 1 tidak memadai, maka dokter akan membuat surat rujukan ke faskes tingkat berikutnya (faskes II) yaitu Rumah Sakit Umum Daerah (rumah sakit kelas C atau rumah sakit kelas B). Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) pasien harus membawa surat rujukan dan kartu BPJS untuk dapat ditangani oleh dokter spesialis rumah sakit. Jika kondisi pasien tidak memungkinkan untuk ditangani di rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan ke II maka dokter spesialis akan memberikan rujukan lagi untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan berikutnya, yaitu fasilitas kesehatan tingkat III yaitu rumah sakit tipe A (RSCM).

Peserta BPJS Kesehatan banyak yang langsung datang berobat ke rumah sakit tanpa melalui fasilitas tingkat pertama. Sedangkan menurut aturan yang sudah ditetapkan peserta harus datang ke fasilitas tingkat pertama, apabila fasilitas tidak memadai untuk pengobatan peserta, maka dokter akan memberikan rujukan ke fasilitas selanjutnya. Apabila peserta dalam keadaan darurat atau membutuhkan pertolongan segera maka peserta tersebut bisa langsung datang ke rumah sakit terdekat.

V.3. Model Pembiayaan Asuransi BPJS Kesehatan

V.3.1. Pembiayaan Peserta BPJS Kesehatan

1. Iuran

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

2. Pembayar Iuran

1) Bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah.

1a) Iuran Jaminan Kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayar oleh Pemerintah Daerah.

- 2) Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, Iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
 - 3) Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dibayar oleh Peserta atau pihak lain atas nama peserta.
 - 3a) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak berlaku bagi:
 - a. Penerima pensiun sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 ayat (5) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d dan
 - b. Veteran dan Perintis Kemerdekaan.
3. Pembayaran Iuran

Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI).

Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal.

BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran Iuran bulan berikutnya.

Sesuai dengan Perpres No. 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Perpres No. 12/2013 besaran iuran perbulan yang harus dibayar sesuai dengan jenis kepesertaan masing-masing dalam JKN dijelaskan dalam tabel V.4 sebagai berikut :

Tabel V.4
Besaran Iuran Yang Harus Dibayar Peserta JKN

PESERTA	BENTUK IURAN	BESARAN IURAN	KET
PBI	Nilai Nominal (per jiwa)	Mulai 1 Januari 2016 Rp. 23.000 (dibayarkan oleh pemerintah)	Rawat inap kelas 3
PNS/TNI/POLRI/PENSIUN	5% (per keluarga)	2% dari pekerja 3% dari pemberi kerja	Rawat Inap Kelas 1 Kelas 2
Pekerja Penerima Upah Selain PNS dll	4,5% (perkeluarga) dan 5% (per keluarga)	s/d 30 juni 2015: 0,5% dari pekerja 4% dari pemberi kerja Mulai 1 juli 2015: 1% dari pekerja 4% dari pemberi kerja	Rawat inap kelas 1, kelas 2
Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja	Nilai nominal (per jiwa)	Mulai 1 April 2016: 1. Rp. 30.000 2. Rp. 51.000 3. Rp. 80.000	1. Rawat inap kelas 3 2. Rawat inap kelas 2 3. Rawat inap kelas 1

Sumber: *Perpres No 19 Tahun 2016*

V.3.1.1. Karakteristik jawaban responden terhadap besaran iuran memberatkan peserta BPJS Kesehatan

Karakteristik jawaban responden terhadap besaran iuran memberatkan peserta BPJS Kesehatan sdijelaskan dalam tabel V.5 adalah:

Tabel V.5
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terhadap Besaran Iuran Memberatkan Peserta BPJS

No	Besaran Iuran Memberatkan Peserta BPJS	n	Persentasi
1	Sangat Tidak Setuju	7	7.0
2	Tidak Setuju	28	28.0
3	Setuju	17	17.0
4	Sangat Setuju	5	5.0
Total		57	57.0

Sumber: *Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian*

Berdasarkan tabel diatas tampak bahwa jawaban responden tentang besaran iuran memberatkan peserta BPJS Kesehatan Sangat Tidak Setuju sebanyak 7 orang (7.0%) Tidak Setuju sebanyak 28 orang (28.0%) Setuju sebanyak 17 (17.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 5 orang (5.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait dengan besaran iuran memberatkan peserta BPJS Kesehatan.

$$\begin{aligned}\text{Indeks} &= (7 \times 1) + (28 \times 2) + (17 \times 3) + (5 \times 4) / 57 \\ &= 7 + 56 + 51 + 20 / 57 \\ &= 134 / 57 \\ &= 2.35\end{aligned}$$

Berdasarkan hasil indeks diatas terhadap jawaban responden tentang besaran iuran memberatkan peserta BPJS Kesehatan sebesar 2.35 masuk dalam kategori kurang baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi besaran iuran BPJS saat ini tidak terasa berat.

Berdasarkan penjelasan tabel V.5 dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi besaran iuran BPJS saat ini tidak terasa berat. Dari tingkat kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan relatif tinggi dilihat dari jumlah peserta asuransi kesehatan di

Kabupaten Bantul sebesar 676.276 jiwa dan jumlah penduduknya sebesar 919.440 jiwa jika dihitung dengan persen sebesar 73% masyarakat di Kabupaten Bantul menjadi anggota BPJS Kesehatan.

V.3.1.2. karakteristik jawaban responden tentang pembayaran iuran sesuai manfaat yang diterima peserta BPJS Kesehatan

Karakteristik jawaban responden tentang pembayaran iuran sesuai manfaat yang diterima peserta BPJS Kesehatan dijelaskan dalam tabel V.6 adalah :

Tabel V.6
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Tentang
Pembayaran Iuran Sesuai Manfaat Yang Diterima

No	Pembayaran Iuran Sesuai Manfaat Yang Diterima peserta BPJS	n	Persentasi
1	Sangat Tidak Setuju	1	1.0
2	Tidak Setuju	13	13.0
3	Setuju	35	35.0
4	Sangat Setuju	8	8.0
Total		57	57.0

Sumber : *Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian*

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa jawaban responden tentang pembayaran iuran sesuai manfaat yang diterima peserta BPJS Kesehatan Sangat Tidak Setuju sebanyak 1 orang (1.0%) Tidak Setuju sebanyak 13 orang (13.0%) Setuju sebanyak 35 (35.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 8 orang (8.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait dengan pembayaran iuran sesuai manfaat yang diterima peserta BPJS Kesehatan.

$$\begin{aligned}\text{Indeks} &= (1 \times 1) + (13 \times 2) + (35 \times 3) + (8 \times 4) / 57 \\ &= 1 + 26 + 105 + 32 / 57 \\ &= 164 / 57 \\ &= 2.87\end{aligned}$$

Berdasarkan hasil indeks diatas jawaban responden tentang pembayaran iuran sesuai manfaat yang diterima peserta BPJS Kesehatan sebesar 2.87 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan besaran iuran yang dibayarkan peserta BPJS Kesehatan sesuai dengan manfaat yang diterima.

Berdasarkan tabel V.6 menjelaskan bahwa peserta BPJS Kesehatan yang iuran mereka bayarkan sesuai dengan manfaat ketika sakit, sangat positif respon dari peserta BPJS Kesehatan, dari tabel diatas 35% setuju dari total responden yang ada. Bagi peserta BPJS Kesehatan yang berobat ke puskesmas tidak dipungut biaya apapun apabila memenuhi ketentuan yang berlaku. Sedangkan pasien BPJS Kesehatan yang melakukan rujukan dari faskes I ke faskes II sesuai dengan prosedur BPJS Kesehatan maka akan mendapat biaya keringan bahkan tanpa dipungut biaya apapun saat berobat dan pelayanan kesehatan di faskes II.

V.3.1.3. Karakteristik jawaban responden tentang kemudahan sistem pembayaran BPJS

Karakteristik jawaban responden tentang kemudahan sistem pembayaran BPJS dijelaskan dalam tabel V.7 adalah :

Tabel V.7
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden
Tentang Kemudahan Sistem Pembayaran BPJS

No	Kemudahan Sistem Pembayaran BPJS	N	Persentasi
1	Sangat Tidak setuju	2	2.0
2	Tidak Setuju	14	14.0
3	Setuju	32	32.0
4	Sangat Setuju	9	9.0
Total		57	57.0

Sumber : *Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian*

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa kemudahan sistem pembayaran BPJS Kesehatan Sangat Tidak Setuju sebanyak 2 orang (2.0%) Tidak Setuju sebanyak 14 orang (14.0%) Setuju sebanyak 32 (32.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 9 orang (9.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait dengan kemudahan sistem pembayaran BPJS kesehatan.

$$\begin{aligned}\text{Indeks} &= (2 \times 1) + (14 \times 2) + (32 \times 3) + (9 \times 4) / 57 \\ &= 2 + 28 + 96 + 36 / 57 \\ &= 162 / 57 \\ &= 2.84\end{aligned}$$

Berdasarkan hasil indeks diatas dengan kemudahan sistem pembayaran BPJS kesehatan sebesar 2.84 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan sistem pembayaran BPJS Kesehatan saat ini terasa mudah.

Dari respon peserta BPJS Kesehatan terhadap sistem pembayaran BPJS Kesehatan terasa mudah, dari tabel di atas 32% peserta BPJS Kesehatan setuju bahwa pembayaran terasa mudah dari total responden. Dan dari BPJS Kesehatan untuk melakukan pendaftaran selain di kantor BPJS Kesehatan bisa juga dilakukan secara online sedangkan untuk melakukan pembayaran iuran BPJS Kesehatan bisa di kantor BPJS dan ditempat umum lainnya seperti di Kantor Pos, Bank BRI, Mandiri, BTN dan BNI beserta internet bankingnya, ATM BRI, ATM Mandiri, ATM BTN, ATM BNI, Alfamart, Indomaret, Dompotku (uang elektronik dari indosat) dan loket pembayaran melalui PPOB (*Payment Point Online Bank*).

V.3.1.4. Karakteristik jawaban responden berdasarkan kemudahan menggunakan BPJS Kesehatan

Karakteristik jawaban responden berdasarkan kemudahan menggunakan BPJS Kesehatan dijelaskan dalam tabel V.8 adalah :

Tabel V.8
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden
Tentang Kemudahan Penggunaan BPJS

No	Kemudahan Penggunaan BPJS Kesehatan	n	Persentasi
1	Sangat Tidak Setuju	1	1.0
2	Tidak Setuju	12	12.0
3	Setuju	80	80.0
4	Sangat Setuju	7	7.0
Total		100	100.0

Sumber : *Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian*

berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa kemudahan penggunaan BPJS kesehatan Sangat Tidak Setuju sebanyak 1 orang (1.0%) Tidak Setuju sebanyak 12 orang (12.0%) Setuju sebanyak 80 orang (80.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 7 orang (7.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait dengan kemudahan penggunaan BPJS kesehatan.

$$\begin{aligned}
\text{Indeks} &= (1 \times 1) + (12 \times 2) + (80 \times 3) + (7 \times 4) / 100 \\
&= 1 + 24 + 240 + 28 / 100 \\
&= 291 / 100 \\
&= 2.93
\end{aligned}$$

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan kemudahan penggunaan BPJS kesehatan sebesar 2.93 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan menggunakan BPJS kesehatan dirasa mudah.

V.3.1.5. Model pembiayaan BPJS kesehatan

Ringkasan variabel model pembiayaan BPJS kesehatan dijelaskan dalam tabel V.9 adalah :

Tabel V.9
Ringkasan Variabel Model Pembiayaan BPJS Kesehatan

No	Indikator	Nilai Indeks	Ket
1	Besaran iuran memberatkan peserta BPJS	2.35	Kurang Baik
2	Pembayaran iuran sesuai manfaat yang diterima peserta BPJS	2.87	Baik
3	Kemudahan sistem pembayaran BPJS	2.84	Baik
4	Kemudahan penggunaan BPJS Kesehatan	2.93	Baik
Nilai Indeks Rata-Rata		2.74	Baik

Sumber: *Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian*

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan sebagai berikut :

Berdasarkan hasil indeks diatas terhadap jawaban responden tentang besaran iuran memberatkan peserta BPJS Kesehatan sebesar 2.35 masuk dalam kategori kurang baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi besaran iuran BPJS saat ini tidak terasa berat.

Berdasarkan hasil indeks diatas jawaban responden tentang pembayaran iuran sesuai manfaat yang diterima peserta BPJS Kesehatan sebesar 2.87 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan besaran iuran yang dibayarkan peserta BPJS Kesehatan sesuai dengan manfaat yang diterima.

Berdasarkan hasil indeks diatas tentang kemudahan sistem pembayaran BPJS sebesar 2.84 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan sistem pembayaran BPJS Kesehatan saat ini terasa mudah.

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan kemudahan penggunaan BPJS Kesehatan sebesar 2.91 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan menggunakan BPJS kesehatan dirasa mudah.

Dari penjelasan diatas, dari nilai indek rata-rata indikator yang ada pada tabel V.9 sebesar 2.74 masuk kedalam kategori Baik. Niali ini

dapat diartikan bahwa masyarakat di Kabupaten Bantul memiliki persepsi dengan model pembiayaan BPJS Kesehatan saat ini cukup ideal.

V.3.2. Skema Pembayaran BPJS Kesehatan Kepada Rumah Sakit

Dari hasil wawancara yang dilakukan tentang pembiayaan BPJS kesehatan kepada Rumah Sakit sebagai berikut, Menurut Kasubbag Verifikasi dan Akuntansi Ibuk Nur Indah Isnaeni, menyatakan bahwa, Bagi anggota peserta BPJS kesehatan yang berobat ke RSUD senopati bantul terbagi menjadi dua kelompok besar kususnya dalam pembiayaan yaitu:

kelompok pertama dengan kelas yang sudah ditentukan dengan BPJS itu sendiri dengan rawatinap yang sudah ada dan apabila biaya melebihi dari tanggungan dari BPJS maka rumah sakit yang menanggung biaya tersebut (Wawancara Tanggal 13 Agustus 2016, Pukul 09.11 WIB).

Dalam kasus kelompok pertama ini pasien yang tidak naik kelas sistem pembiayaannya menggunakan paket INA-CBGs, misalkan pasien terseut dengan diagnosa usus buntu dan biaya sebesar 5 juta dari paket INA-CBGs BPJS tersebut apabila dalam pengobatan pasien tersebut pembiayaannya melebihi 5 tuja maka selisih pembiayaan tersebut akan menjadi tanggungan rumah sakit dan begitu juga sebaliknya apabila dalam pengobatan pasien bisa episien dan tarip rumah sakit pemerintah yang relatif rendah dan biaya pasien hanya menghabiskan 3 jutu maka pihak

BPJS tetap membayar 5 juta dalam satu pakatnya dan selisih pembiayaan ini masuk rumah sakit.

Kelompok kedua peserta BPJS kesehatan yang menginginkan kenaikan kelas dari kelas yang sudah ditetapkan BPJS dalam rawat inapnya maka peserta tersebut menanggung pembiayaannya sendiri dalam rawat inap (Wawancara Tanggal 13 Agustus 2016).

Dalam kategori kelompok kedua peserta BPJS kesehatan yang menginginkan kenaikan kelas dari kelas yang sudah ditetapkan, maka pihak rumah sakit sendiri akan memberikan kenaikan kelas atau perpindahan ruang rawat inapnya yang tadinya di kelas 1 maka pasien BPJS Kesehatan bisa naik kelas yang diinginkan pasien tersebut, dengan kelas yang tersedia di rumah sakit, dan pembiayaan pasien yang sudah naik kelas ini maka biaya akan dibebankan kepada pasien itu sendiri.

Sejauh ini total tarif dari rumah sakit dan klaim BPJS kesehatan dalam selisih pembiayaan untuk saat ini masih positif, untuk kasus-perkasus tidak ada yang selisihnya jauh, ketika pasien pulang di bagian kasir atau administrasi akan di klarifikasi tahap awal tentang kelengkapan pasien apakah pasien tersebut sudah memenuhi kelengkapan atau belum, ada dua tanggung jawab yang pertama tanggungjawab pasien dan yang kedua tanggung jawabnya administrasi untuk rawat inap. Ketika pasien akan pulang apakah kartunya bermasalah, misalnya seorang anak yang berusia 21 tahun apakah masih berlaku apa tidak, pasien harus punya surat

bahwa anak tersebut masih tanggung jawab orang tuanya. Kemudian bagi anggota BPJS Kesehatan yang memakai kartu PBI (penerima bantuan iuran) yang dulunya jamkesmas kelengkapannya di tambah dengan C1 seandainya belum ada, maka pihak rumah sakit akan memintanya apabila pasien belum pulang. Setelah persaratan lengkap maka pasien boleh pulang.

Dalam pengajuan klaim dengan BPJS Kesehatan ada beberapa persaratan yang harus dipenuhi oleh rumah sakit, misalnya dalam kasus usus buntu harus ada kelengkapan seperti cek lab, tindakan yang dilakukan, penggunaan obat. Apabila salah satu kelengkapan tidak ada maka administrasi yang bersangkutan yang akan hubungi, misalnya pasien tersebut rawat inap di ruang melati maka admin ruang melati yang akan di panggil. Setelah semua berkas sudah lengkap dari pihak rumah sakit akan mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan, Setelah BPJS di verifikasi selama satu bulan nanti keluar berita acara dan angka total dan rumah sakit ACC lalu dikirim tagihan ke BPJS cabang terkait dengan pembayaran.

Konfirmasi pembayaran BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Panembahan Senopati Bantul dijelaskan dalam tabel V.10 sebagai berikut :

Tabel V.10
Konfirmasi Pembayaran BPJS Kesehatan Kepada
RSUD Panembahan Senopati Pada Tanggal 21 Juli 2016

NO	NAMA PPK	URAIAN	BANK	NOMOR REKENING	JUMLAH RP.
1	RSUD Panembahan Senopati	RITL Mei'16	mandiri	1370005341884	4.491.627.109
		RJTL Mei'16			3.365.370.400
	Biaya Transfer				-
Jumlah Ditransfer					7.856.997.509

Sumber: *RSUD Penembahan Sinopati Bantul*

Berdasarkan tabel diatas klaim dari rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan persatu bulan berdasarkan uraian diantaranya pelayanan kesehatan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) sebesar 4.491.627.109 dan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) sebesar 3.365.370.400 total sebesar 7.856.997.509 yang harus dibayarkan dari pihak BPJS Kesehatan kepada rumah sakit.

Top Up adalah tambahan biaya klaim dari rumah sakit ke BPJS kesehatan, misalnya pasien dengan kasus kecelakaan dan pasien tersebut anggota BPJS maka pasien tersebut mendapat dana bantuan dari BPJS kesehatan, apabila dalam pemeriksaan pasien tersebut mempunyai riwayat penyakit lain misalnya penyakit gula (diabetes) maka penyakit tersebut juga di obati dan pasien tersebut masuk diagnosa primernya kecelakaan dan diagnosa sekundernya diabetes, sedangkan pasien murni kecelakaan pasien tersebut mendapat biaya 1 juta dari BPJS karena ada riwayat penyakit lain maka bisa jadi biaya pasien tersebut menjadi 3 juta dan pemeriksaan tambahan yang diperlukan seperti CT scan yang terpenting

ada buktinya nanti bisa masuk ke paket top up di BPJS kesehatan untuk melakukan klaim ke BPJS kesehatan.

Dalam pembayaran BPJS kepada Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul selama ini berjalan dengan selisih pembayaran masih positif, ada beberapa hal yang menjadi permasalahan pembayaran yang tidak bisa diklaim oleh rumah sakit diantaranya yang tidak sesuai dengan indikator BPJS Kesehatan. Seperti kasus demam dengan suhu 38-39 derajat celcius ini tidak bisa diklaim oleh rumah sakit. Tetapi rumah sakit tetap melayani pasien yang datang kerumah sakit, tanpa ada pungutan biaya apapun dari rumah sakit.

V.3.3. Skema Pembayaran BPJS Kesehatan Kepada Puskesmas

Dari hasil wawancara tersebut, skema pembiayaan BPJS Kesehatan kepada Puskesmas, menurut kepala Puskesmas Bantul 1 Ibuk Haryati, menyatakan bahwa, *“pembayaran klaim BPJS Kesehatan terbagi dua kelompok besar, kelompok pertama pembayaran dengan cara Kapitasi, kelompok kedua pembayaran dengan cara Non Kapitasi* (Wawancara Tanggal 25 Juli 2016 Pukul 09.00 WIB).

Pembayaran kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan (Faskes) Tingkat Pertama (primer) berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

Tabel V.11
Cakupan Pembiayaan Kapitasi di Faskes Tingkat Pertama

Norma Kapitasi Puskesmas							
No	Norma Kapitasi	Tarif Kapitasi Maksimal (Rp)					
		PUSKESMAS					
		6.000	5.500	5.000	4.500	3.500	3.000
	Ketersediaan:						
1	Dokter Umum:						
	a. 1 Orang			✓	✓		
	b. Minimal 2 Orang	✓	✓				
2	Dokter Gigi	✓		✓		✓	
3	Bidan / Perawat	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Laboratorium Sederhana	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	Apotek / Pelayanan Obat	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Sumber : *BPJS Kesehatan*

Pembayaran Non Kapitasi adalah besaran pembiayaan klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Tabel V.12
Konfirmasi Pembayaran Kapitasi BPJS Kesehatan
Kepada Puskesmas Bantul 1 Pada Tanggal 15 Juni 2016

NO	NAMA FKTP	MEI			SUSULAN		TOTAL PESERTA	BPJ MEI	BPJ APRIL	KAPITASI MEI	KAPITASI SUSULAN	TOTAL KAPITASI	PAJAK	JUMLAH DITRASFER
		PESERTA		JML PESERTA	APRIL									
		NON PBI	PBI	PESERTA	PESERTA									
1	Puskesmas Bantul 1	7.574	15.880	23.454	35	23.489	6.000	6.000	140.724.000	210.000	140.934.000		140.934.000	
	Biaya Transfer												-5000	
Jumlah Transfer													140.929.000	

Sumber: *Puskesmas Bantul 1*

Berdasarkan hasil tabel diatas klaim dari Puskesmas Bantul 1 kepada pihak BPJS Kesehatan satu periode pembayaran pada bulan Mei peserta yang terbagi dalam status keanggotaannya diantaranya, peserta dengan status Non PBI sebanyak 7.574 jiwa dan peserta dengan status PBI sebanyak 15.880 jiwa dan jumlah keseluruhan peserta pada bulan Mei 2016 sebesar 23.454 jiwa. Dari setiap peserta BPJS Kesehatan nilai

nominal yang dibayarkan sebesar 6.000 rupiah dan jumlah keseluruhan kapitasi pada bulan mai sebesar 140.724.000. Terdapat peserta susulan pada bulan April 2016 sebanyak 35 orang peserta, jumlah kapitasi susulan sebesar 210.000. dari jumlah peserta keseluruhan yang berobat pada bulan mei dan peserta susulan di Puskesmas Bantul 1 sebanyak 23.489 jiwa. Total sebesar 140.929.000 yang harus dibayarkan dari pihak BPJS Kesehatan kepada Puskesmas Bantul 1 satu periode.

Dalam pembayaran BPJS kepada Puskesmas Bantul 1 selama ini berjalan dengan positif. Namun pembayaran tersebut sedikit terlambat dari klaim yang diajukan oleh Puskesmas. Dari tabel V.12 dijelaskan bahwa peserta pada bulan Mei dan peserta susulan pada bulan April jumlah peserta sebesar 23.489 jiwa. Dan dari konfirmasi pembayaran BPJS kepada puskesmas pada bulan juni. Ada keterlambatan pembayaran dari pihak BPJS kepada Puskesmas Bantul.

V.4. Outcome Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Outcome adalah ukuran kinerja berdasarkan tingkat keberhasilan berdasarkan tujuan program yang sudah dilaksanakan. Dalam mencapai tujuan jamianan kesehatan WHO memberikan pedoman sebagai berikut, *pertama* adalah seberapa besar persentase penduduk yang dijamin, *kedua* adalah seberapa lengkap pelayanan yang dijamin , *ketiga* seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk.

Dari hasil wawancara tersebut, *pasien adalah segalaaya dalam segi pelayanan, pengobatan dan tindakan perawatan kesehatan dan tidak membeda-bedakan ras, suku, bangsa (Menurut Kasubbag Verifikasi dan Akuntansi Rumah Sakit Panembahan Senopati Ibuk Nur Indah Isnaeni, Tanggal 13 Agustus 2016,pukul 09.00 WIB)*. Hasil wawancara dengan kepala puskesmas Ibuk Haryati *mengatakan Meningkatkan derajat kesehatan bagi masyarakat dalam kebutuhan kesehatan masyarakat itu sendiri (Senin, 25-07-2016 Pukul 09.00 WIB)*.

Jaminan Kesehatan Nasional adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dilaksanakan bertahap oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menuju *Universal Health Coverage*. Penyelenggaraan JKN yang dimulai sejak 1 Januari 2014 membawa reformasi, baik dari aspek regulasi dan peraturan perundang-undangan, kepesertaan, paket manfaat dan iuran, pelayanan kesehatan, keuangan, maupun kelembagaan dan organisasi.

V.4.1. Persentase Terjaminnya Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Sedangkan BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Pemerintah melakukan secara bertahap terhadap Kepersetaan jaminan kesehatan nasional, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014, kepesertaannya paling sedikit meliputi: PBI Jaminan Kesehatan, Anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya, Anggota Polri/PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya, peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

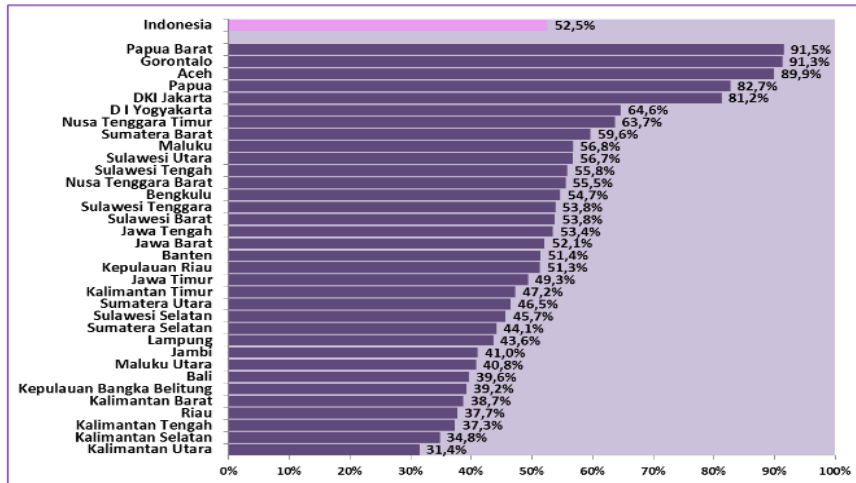
Tabel V.13
Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

No	Provinsi	Jumlah Penduduk	PBI		Non PBI			Total	%
			APBN	APBD	Pekerja Penerima Upah	Pekerja Bukan Penerima Upah	Bukan Pekerja		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1	Aceh	5.046.182	2.170.963	1.652.085	593.138	10.010	110.909	4.537.105	90
2	Sumatera Utara	14.510.668	4.192.296	534.496	1.280.672	494.926	238.802	6.741.192	46
3	Sumatera Barat	5.366.763	1.533.170	744.933	561.877	231.913	127.765	3.199.658	60
4	Riau	5.831.888	1.304.716	-	605.949	244.416	41.732	2.196.813	38
5	Jambi	3.375.079	821.556	46.243	335.135	140.617	41.247	1.384.798	41
6	Sumatera Selatan	7.975.149	2.433.664	-	701.160	271.052	114.618	3.520.494	44
7	Bengkulu	1.909.986	628.605	88.706	228.572	70.787	27.177	1.043.847	55
8	Lampung	9.499.116	3.087.543	191.996	540.054	227.975	90.347	4.137.915	44
9	Kepulauan Bangka Belitung	1.269.381	212.837	71.948	130.627	72.283	9.903	497.588	39
10	Kepulauan Riau	1.802.229	333.636	11.411	432.499	133.790	12.778	924.114	51
11	DKI Jakarta	9.768.250	1.271.293	2.747.562	2.589.612	987.961	338.046	7.934.374	81
12	Jawa Barat	42.223.484	14.758.325	733.179	3.515.978	2.126.142	861.236	21.994.860	52
13	Jawa Tengah	34.798.486	14.151.033	146.366	2.560.361	977.936	753.364	18.589.060	53
14	D I Yogyakarta	3.535.644	1.572.154	-	441.852	113.087	155.947	2.283.040	65
15	Jawa Timur	38.999.837	14.001.869	388.230	3.071.184	958.067	819.596	19.283.946	49
16	Banten	9.916.848	3.221.967	78.019	1.077.637	594.171	125.757	5.097.551	51
17	Bali	4.151.630	904.863	-	540.242	101.735	96.610	1.643.450	40
18	Nusa Tenggara Barat	5.128.563	2.259.556	127.002	334.647	68.440	57.700	2.847.345	56
19	Nusa Tenggara Timur	5.240.337	2.671.319	132.983	385.874	64.759	81.240	3.336.175	64
20	Kalimantan Barat	5.281.941	1.343.862	81.125	381.034	172.732	63.369	2.042.122	39
21	Kalimantan Tengah	2.425.226	449.376	87.500	256.615	72.680	38.647	904.818	37
22	Kalimantan Selatan	3.805.002	753.528	9.535	378.938	103.368	77.632	1.323.001	35
23	Kalimantan Timur	3.185.555	639.937	-	656.140	161.981	46.351	1.504.409	47
24	Kalimantan Utara	1.054.238	144.076	29.003	105.511	45.562	7.081	331.233	31
25	Sulawesi Utara	2.559.223	790.857	156.721	304.016	113.568	86.376	1.451.538	57
26	Sulawesi Tengah	2.795.470	1.131.065	26.554	293.940	63.694	45.304	1.560.557	56
27	Sulawesi Selatan	9.414.387	2.944.923	47.934	820.528	249.555	238.599	4.301.539	46
28	Sulawesi Tenggara	2.482.921	984.912	16.719	257.433	43.304	34.664	1.337.032	54
29	Gorontalo	1.132.510	504.293	378.399	119.212	13.242	18.403	1.033.594	91
30	Sulawesi Barat	1.514.837	504.423	171.921	93.400	24.336	20.588	814.668	54
31	Maluku	1.785.652	754.627	-	206.539	18.408	34.368	1.013.942	57
32	Maluku Utara	1.239.677	328.965	15.998	130.639	14.238	15.516	505.536	41
33	Papua Barat	1.060.142	760.422	38.634	133.513	21.431	16.674	969.674	91
34	Papua	3.847.747	2.833.379	12.127	262.621	44.693	29.070	3.181.890	83
Total		253.934.048	86.400.000	8.767.229	24.327.149	9.052.859	4.876.416	133.423.653	53

Sumber : BPJS Kesehatan Tahun 2015

Sedangkan secara persentase, cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut.

Gambar V.3
Cakupan Peserta BPJS Kesehatan



Sumber : BPJS Kesehatan, 2015

Dari gambar diatas tampak bahwa kepesertaan BPJS Kesehatan di Indonesia (52,5%) Provinsi D I Yogyakarta ada di urutan ke enam teratas dari selurus provinsi di Indonesia (64,4%). Kondisi ini menunjukkan kesadaran masyarakat di provinsi D I Yogyakarta untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan relatif cukup tinggi.

Kabupaten Bantul sendiri dari hasil registrasi penduduk pada tahun 2015 berjumlah 919.440 jiwa dan yang menjadi peserta asuransi BPJS Kesehatan sebesar 676.276 jiwa (73%). Kondisi ini menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat di Kabupaten Bantul cukup baik untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan.

V.4.2. Terjaminnya Pelayanan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2010) pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

Menurut Depkes RI (2009) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Berdasarkan pengertian beberapa ahli tersebut bahwa pelayanan kesehatan adalah sub sistem yang bertujuan untuk memelihara kesehatan, mencegah dan menyembuh serta pemulihan kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat dan mendapatkan kesehatan jasmani maupun kesehatan rohani.

Menurut Perpres Nomor 19 Tahun 2016 Pasal 2 Ayat 1 Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan seperti penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi rutin, keluarga berencana dan skrining kesehatan.

V.4.2.1. Pelayanan kesehatan yang dijamin

Menurut Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas:
 - a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisistik yang mencakup:
 1. Administrasi pelayanan.
 2. Pelayanan promotif dan preventif.
 3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis.
 4. Tindakan medis non spesialisistik, baik operatif maupun non operatif.
 5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
 6. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.
 7. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.
 - b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:
 1. Administrasi pelayanan.
 2. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar.
 3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisistik.
 4. Tindakan medis spesialisistik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis.

5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
 6. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis.
 7. Rehabilitasi medis.
 8. Pelayanan darah.
 9. Pelayanan kedokteran forensik klinik.
 10. Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan.
 11. Pelayanan keluarga berencana.
 12. Perawatan inap non intensif dan
 13. perawatan inap di ruang intensif.
2. Pelayanan kesehatan sebagai mana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 2 hanya berlaku untuk pelayanan kesehatan pada unit gawat darurat.
 3. Pelayanan kesehatan sebagai mana dimaksud pada ayat (1) huruf b angka 11, tidak termasuk pelayanan Keluarga Berencana yang telah dibiayai pemerintah.
 4. Dalam hal diperlukan, selain pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Peserta juga berhak mendapatkan pelayanan berupa alat kesehatan.

5. Alat kesehatan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (4) termasuk alat bantu kesehatan.

V.4.2.2. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin

Menurut Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 Pasal 25 adalah sebagai berikut:

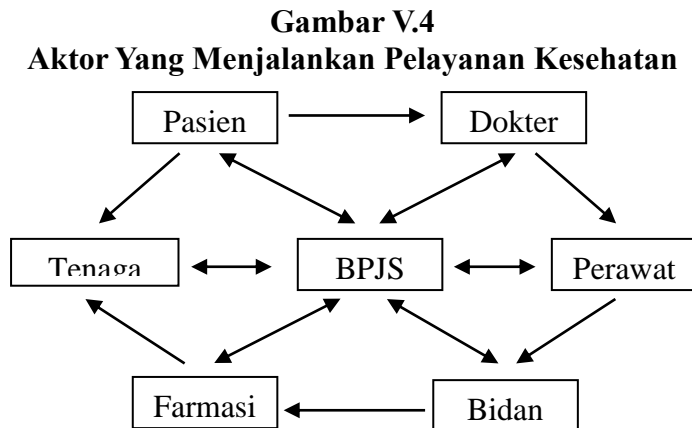
1. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin terdiri atas:
 - a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku.
 - b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat.
 - c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja.
 - d. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas.
 - e. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri.
 - f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik.
 - g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas.
 - h. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi).

- i. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol.
 - j. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri.
 - k. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, *shin she*, *chiropractic*, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*).
 - l. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen).
 - m. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu.
 - n. Perbekalan kesehatan rumah tangga.
 - o. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah.
 - p. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*), dan
 - q. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.
2. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf j, pengobatan dan tindakan medis yang

dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf l, dan kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (preventable adverse events) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf p ditetapkan oleh Menteri.

V.4.2.3. Aktor yang menjalankan pelayanan kesehatan

Aktor yang menjalankan pelayanan kesehatan dijelaskan dalam gambar V.4 adalah :



Sumber : *Data Diolah Peneliti*

Pelayanan kesehatan pasien, pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukannya, baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit. Pasien yang mengalami masalah kesehatan akan mendatangi tenaga kesehatan seperti dokter, perawat atau rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Harapan pasien dengan mendatangi pelayanan kesehatan yang diberikan maka masalah kesehatan

yang di alami oleh pasien terselesaikan atau pasien akan mendapatkan kesembuhan/sehat dari penyakitnya.

Menurut UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan yang dimaksud tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan, memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang memerlukan kewenangan dalam menjalankan pelayanan kesehatan.

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 dalam pasal 2 ayat (2) sampai dengan ayat (8) tentang tenaga kesehatan terdiri dari :

1. Tenaga medis terdiri dari dokter dan dokter gigi.
2. Tenaga keperawatan terdiri dari perawat dan bidan.
3. Tenaga kefarmasian terdiri dari apoteker, analis farmasi dan asiten apoteker.
4. Tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian.
5. Tenaga gizi meliputi nutrisisionis dan dietisien.
6. Tenaga keterampilan fisik meliputi fisiotrafis, okupasiterapis dan
7. Terapis wicara.

8. Tenaga keteknisian medis meliputi radiografer, radioterafis, neknsi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, othotik, prostetik, teknisi tranfusi dan perekam medis.

Tenaga kesehatan menjadi peranan penting dalam menjalankan pelayanan kesehatan, dengan adanya ikuta andilnya tenaga kesehatan dapat membantu seseorang dalam menjaga kesehatan secara maksimal. Salah satu faktor penting dari sekian banyak faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan seseorang adalah tenaga kesehatan. Kesehatan seorang pasien menjadi poin penting dalam memberikan pelayanan kesehatan.

V.4.2.4. Karakteristik jawaban responden terhadap prosedur pelayanan BPJS Kesehatan

Karakteristik jawaban responden terhadap prosedur pelayanan BPJS Kesehatan dijelaskan dalam tabel V.14 adalah :

Tabel V.14
Distribusi Frekuensi Jawaban
Responden Terhadap Prosedur Pelayanan BPJS

No	Sulitnya Prosedur Pelayanan BPJS	n	Persentasi
1	Sangat Tidak Setuju	8	8.0
2	Tidak Setuju	56	56.0
3	Setuju	34	34.0
4	Sangat Setuju	2	2.0
Total		100	100.0

Sumber: *Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian*

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan tentang jawaban responden terhadap sulitnya prosedur pelayanan BPJS Kesehatan Sangat Tidak Setuju sebanyak 8 orang (8.0%) Tidak Setuju sebanyak 56 orang (56.0%) Setuju sebanyak 34 orang (34.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 2 orang (2.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait jawaban responden terhadap sulitnya prosedur pelayanan BPJS Kesehatan.

$$\begin{aligned}\text{Indeks} &= (8 \times 1) + (56 \times 2) + (34 \times 3) + (2 \times 4) / 100 \\ &= 8 + 112 + 102 + 8 / 100 \\ &= 230 / 100 \\ &= 2.30\end{aligned}$$

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan sulitnya prosedur pelayanan BPJS Kesehatan sebesar 2.30 masuk dalam kategori kurang baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi bahwa prosedur pelayanan BPJS Kesehatan saat ini tidak terasa sulit.

V.4.2.5. Karakteristik jawaban responden terhadap fasilitas mampu memenuhi kebutuhan kesehatan di puskesmas

Karakteristik jawaban responden terhadap fasilitas mampu memenuhi kebutuhan kesehatan di puskesmas dijelaskan dalam tabel V.15 adalah :

Tabel V.15
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terhadap
Fasilitas Memenuhi Kebutuhan Kesehatan di Puskesmas

No	Fasilitas Mampu Memenuhi Kebutuhan Kesehatan di Puskesmas	n	Persentasi
1	Sangat Tidak Setuju	-	-
2	Tidak Setuju	12	12.0
3	Setuju	83	83.0
4	Sangat Setuju	5	5.0
Total		100	100.0

Sumber: *Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian*

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa jawaban responden tentang fasilitas yang mampu memenuhi kebutuhan kesehatan di puskesmas Tidak Setuju sebanyak 12 orang (12.0%) Setuju sebanyak 83 orang (83.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 5 orang (5.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait dengan fasilitas yang mampu memenuhi kebutuhan kesehatan di puskesmas.

$$\begin{aligned}
 \text{Indeks} &= (0 \times 1) + (12 \times 2) + (83 \times 3) + (5 \times 4) / 100 \\
 &= 0 + 24 + 249 + 20 / 100 \\
 &= 293 / 100 \\
 &= 2.93
 \end{aligned}$$

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan fasilitas yang mampu memenuhi kebutuhan kesehatan di puskesmas sebesar 2.93 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki

persepsi bahwa fasilitas kesehatan di puskesmas sesuai dengan kebutuhan ketika sakit.

V.4.2.6. Karakteristik jawaban responden terhadap terjaminya pelayanan pengobatan peserta BPJS di puskesmas

Karakteristik jawaban responden terhadap terjaminya pelayanan pengobatan peserta BPJS di puskesmas dijelaskan dalam tabel V.16 adalah:

Tabel V.16
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terhadap
Terjaminya Pelayanan Pengobatan Peserta BPJS di Puskesmas

No	Terjaminya Pelayanan Pengobatan Peserta BPJS di Puskesmas	n	Persentasi
1	Sangat Tidak Setuju	1	1.0
2	Tidak Setuju	21	21.0
3	Setuju	72	72.0
4	Sangat Setuju	6	6.0
Total		100	100.0

Sumber: *Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian*

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa jawaban responden tentang terjaminya pelayanan pengobatan peserta BPJS di puskesmas Sangat Tidak Setuju sebanyak 1 (1.0%) Tidak Setuju sebanyak 21 orang (21.0%) Setuju sebanyak 72 orang (72.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 6 orang (6.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait dengan terjaminya pelayanan pengobatan peserta BPJS di puskesmas.

$$\begin{aligned}\text{Indeks} &= (1 \times 1) + (21 \times 2) + (72 \times 3) + (6 \times 4) / 100 \\ &= 1 + 42 + 216 + 24 / 100 \\ &= 283 / 100 \\ &= 2.83\end{aligned}$$

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan terjaminya pelayanan pengobatan peserta BPJS di puskesmas sebesar 2.83 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi bahwa pelayanan kesehatan terjamin bagi peserta BPJS yang berobat di puskesmas.

V.4.2.7. Karakteristik jawaban responden terhadap tenaga kesehatan mencukupi pelayanan di puskesmas

Karakteristik jawaban responden terhadap tenaga kesehatan mencukupi pelayanan di puskesmas dijelaskan dalam tabel V.17 adalah :

Tabel V.17
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terhadap
Tenaga Kesehatan Mencukupi Pelayanan di Puskesmas

No	Tenaga Kesehatan Sudah Mencukupi Dalam Pelayanan di Puskesmas	n	Persentasi
1	Sangat Tidak Setuju	3	3.0
2	Tidak Setuju	14	14.0
3	Setuju	79	79.0
4	Sangat Setuju	4	4.0
Total		100	100.0

Sumber: Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa jawaban responden tentang tenaga kesehatan sudah mencukupi dalam pelayanan di puskesmas Sangat Tidak Setuju sebanyak 3 (3.0%) Tidak Setuju sebanyak 14 orang (14.0%) Setuju sebanyak 79 orang (79.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 4 orang (4.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait dengan tenaga kesehatan sudah mencukupi dalam pelayanan di puskesmas.

$$\begin{aligned}
 \text{Indeks} &= (3 \times 1) + (14 \times 2) + (79 \times 3) + (4 \times 4) / 100 \\
 &= 3 + 28 + 237 + 16 / 100 \\
 &= 284 / 100 \\
 &= 2.84
 \end{aligned}$$

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan tenaga kesehatan sudah mencukupi dalam pelayanan di puskesmas sebesar 2.84 masuk

dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi tenaga kesehatan sudah mencukupi dalam pelayanan di puskesmas.

V.4.2.8. Kualitas pelayanan peserta BPJS Kesehatan di Faskes 1

Ringkasan variabel kualitas pelayanan peserta BPJS Kesehatan di Faskes 1 dijelaskan dalam tabel V.18 adalah :

Tabel V.18
Ringkasan Variabel Berdasarkan Kualitas
Pelayanan Peserta BPJS Kesehatan di Faskes 1

No	Indikator	Nilai Indeks	Ket
1	Prosedur pelayanan BPJS Kesehatan	2.30	Kurang Baik
2	Fasilitas memenuhi kebutuhan kesehatan di puskesmas	2.93	Baik
3	Terjaminya pelayanan pengobatan peseta BPJS di puskesmas	2.83	Baik
4	Tenaga kesehatan mencukupi pelayanan di puskesmas	2.84	Baik
Nilai Indeks Rata-Rata		2.72	Baik

Sumber: Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan sebagai berikut :

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan sulitnya prosedur pelayanan BPJS Kesehatan sebesar 2.30 masuk dalam kategori kurang baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi bahwa prosedur pelayanan BPJS Kesehatan saat ini tidak terasa sulit.

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan fasilitas yang mampu memenuhi kebutuhan kesehatan di puskesmas sebesar 2.93 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi bahwa fasilitas kesehatan di puskesmas sesuai dengan kebutuhan ketika sakit.

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan terjaminnya pelayanan pengobatan peserta BPJS di puskesmas sebesar 2.83 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi bahwa pelayanan kesehatan terjamin bagi peserta BPJS yang berobat di puskesmas.

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan tenaga kesehatan sudah mencukupi dalam pelayanan di puskesmas sebesar 2.84 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi tenaga kesehatan sudah mencukupi dalam pelayanan di puskesmas.

Dari penjelasan diatas, kualitas pelayanan BPJS Kesehatan di Faskes 1 yang ada di Kabupaten Bantul dari nilai indek rata-rata indikator yang ada pada tabel V.18 adalah sebesar 2.72 masuk kedalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi bahwa kualitas pelayanan di faske 1 sudah berkategori baik dalam melakukan pelayanan.

V.4.3. Ringannya Biaya Kesehatan

Di Negara Kesatuan Republik Indonesia falsafah dan dasar negara adalah Pancasila terutama sila ke-5 juga mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub dalam UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, dan diatur dalam UU No. 23/1992 yang kemudian diganti dengan UU 36/2009 tentang Kesehatan. Dalam UU 36/2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program Jaminan Kesehatan Sosial.

Untuk mewujudkan komitmen konstitusi di atas, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan perorangan.

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

dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Tabel V.19
Kelebihan Asuransi Sosial di Banding Asuransi Komersial

Asuransi Sosial	Asuransi Komersial
1. Kepesertaan Bersifat Wajib (untuk semua penduduk)	1. Kepesertaan Bersifat Sukarela
2. Non Profit	2. Profit
3. Manfaat Komprehensif	3. Manfaat Sesuai Dengan Premi Yang Dibayarkan.

Sumber: *Jaminan Kesehatan Nasional*

Berpotensi mencakup 100% penduduk (*universal coverage*) dan relative dapat menekan biaya pelayanan kesehatan.

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

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

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

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

Biaya pelayanan yang dicover oleh BPJS Kesehatan di fasilitas tingkat pertama adalah biaya kapitasi maksimal di Puskesmas berdasarkan norma kapitasi yang tersedia sebagai berikut:

1. Dokter Umum
 - a. 1 Orang tarif kapitasi : Rp 5.000 dan 4.500.
 - b. Minimal 2 Orang tarif kapitasi : Rp 6.000 dan 5.500.
2. Dokter Gigi tarif kapitasi : Rp 6.000, 5.000 dan 3.500.
3. Bidan/Perawat tarif kapitasi : Rp 6.000, 5.500, 5.000, 4.500, 3.500 dan 3.000.
4. Laboratorium Sederhana tarif kapitasi : Rp 6.000, 5.500, 5.000, 4.500, 3.500 dan 3.000.
5. Apotek/Pelayanan Obat tarif kapitasi : Rp 6.000, 5.500, 5.000, 4.500, 3.500 dan 3.000.

Sedangkan biaya yang dicover oleh BPJS dipelayanan tingkat lanjut/faskes II adalah biaya operasi seperti operasi Jantung, Caesar, Kista,

Miom, Tumor, Odontektomi, Bedah Mulut, Usus Buntu, Batu Empedu, Mata, Bedah Vaskuler, Amandel, Katarak, Hernia, Kanker, Kelenjer Getah Bening, Pencabutan Pen, Penggantian Sendi Lutut, Timektomi dan Operasi Ginjal.

Pelayanan kesehatan yang dicover oleh BPJS Kesehatan bisa dimanfaatkan bagi masyarakat yang sudah terdaftar sebagai anggota BPJS. Dan bagi peserta yang ingin memanfaatkan pelayanan yang sudah disediakan oleh BPJS Kesehatan, peserta harus mematuhi persyaratan yang sudah ditentukan.

Biaya pelayanan kesehatan yang dicover oleh BPJS Kesehatan bisa membantu masyarakat dalam meringankan biaya pelayan pengobatan kesehatan di fasilitas tingkat pertama dan tingkat lanjutan. Walaupun biaya kesehatan tidak semua masyarakat dibayarkan oleh pemerintah, bagi masyarakat yang tidak mampu maka biaya kesehatan akan dibayar oleh pemerintah dengan memberikan asuransi kesehatan.

Sesuai dengan Perpres Nomor 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang besaran iuran perbulan yang harus dibayar sesuai dengan jenis kepesertaan masing-masing dalam JKN sebagai berikut :

1. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah

Daerah sebesar Rp. 23.000,00 (dua puluh tiga ribu) per orang per bulan berlaku pada tanggal 1 Januari 2016.

2. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang terdiri atas Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, pimpinan dan anggota DPRD, serta pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan. Iuran yang dimaksud dengan ketentuan sebagai berikut, 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh Peserta.
3. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah Selain PNS yang dibayarkan mulai tanggal 1 Januari 2014 sampai dengan 30 Juni 2015 sebesar 4,5% (empat koma lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan sebagai berikut, 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 0,5% (nol koma lima persen) dibayar oleh Peserta. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah Selain PNS yang dibayarkan mulai 1 Juli 2015 sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan sebagai berikut, 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.
4. Iuran Jaminan Kesehatan Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja:

- a. Sebesar Rp 30.000 (tiga puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III
- b. Sebesar Rp 51.000 (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
- c. Sebesar Rp 80.000 (lapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
- d. Ketentuan besaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud huruf a, huruf b dan huruf c mulai berlaku pada tanggal 1 April 2016.

V.4.3.1. Karakteristik jawaban responden tentang terjaminnya kesehatan dengan menjadi peserta JKN

Karakteristik jawaban responden tentang terjaminnya kesehatan dengan menjadi peserta JKN dijelaskan dalam tabel V.20 adalah :

Tabel V.20
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Tentang Terjaminnya Kesehatan Menjadi Peserta JKN

No	Terjaminnya Kesehatan Dengan Menjadi Peserta JKN	n	Persentasi
1	Sangat Tidak Setuju	-	-
2	Tidak Setuju	8	8.0
3	Setuju	80	80.0
4	Sangat Setuju	12	12.0
Total		100	100.0

Sumber: Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa jawaban responden tentang terjaminnya kesehatan dengan menjadi peserta JKN Tidak Setuju sebanyak 8 orang (8.0%) Setuju sebanyak 80 (80.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 12 orang (12.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait dengan terjaminnya kesehatan dengan menjadi peserta JKN.

$$\begin{aligned}\text{Indeks} &= (0 \times 1) + (8 \times 2) + (80 \times 3) + (12 \times 4) / 100 \\ &= 0 + 16 + 240 + 48 / 100 \\ &= 304 / 100 \\ &= 3.04\end{aligned}$$

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan terjaminnya kesehatan dengan menjadi peserta JKN sebesar 3,04 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan menjadi peserta JKN merasa kesehatan terjamin.

Dari tabel V.20 diatas dapat dijelaskan bahwa responden yang ikut JKN merasa kesehatannya terjamin, respon dari peserta anggota BPJS Kesehatan sangat positif sebesar 80% setuju dari total responden yang ada. Dan di Kabupaten Bantul yang menjadi peserta BPJS Kesehatan sebesar 73% dari jumlah penduduk. Kondisi ini menunjukkan bahwa kesadaran

masyarakat di Kabupaten Bantul cukup baik untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan.

V.4.3.2. Karakteristik jawaban responden terhadap kesehatan lebih baik dengan menjadi peserta JKN

Karakteristik jawaban responden terhadap kesehatan lebih baik dengan menjadi peserta JKN dijelaskan dalam tabel V.21 adalah :

Tabel V.21
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden
Terhadap Kesehatan Lebih Baik Menjadi Peserta JKN

No	Kesehatan Lebih Baik Dengan Menjadi Peserta JKN	n	Persentasi
1	Sangat Tidak Setuju	-	-
2	Tidak Setuju	7	7.0
3	Setuju	86	86.0
4	Sangat Setuju	7	7.0
Total		100	100.0

Sumber: *Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian*

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa jawaban responden terhadap kesehatan lebih baik dengan menjadi peserta JKN Tidak Setuju sebanyak 7 orang (7.0%) Setuju sebanyak 86 (86.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 7 orang (7.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait dengan kesehatan lebih baik dengan menjadi peserta JKN.

$$\begin{aligned}
\text{Indeks} &= (0 \times 1) + (7 \times 2) + (86 \times 3) + (7 \times 4) / 100 \\
&= 0 + 14 + 258 + 28 / 100 \\
&= 300 / 100 \\
&= 3.00
\end{aligned}$$

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan kesehatan lebih baik dengan menjadi peserta JKN sebesar 3.00 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi bahwa dengan menjadi peserta JKN merasa kesehatan menjadi lebih baik.

Dari tabel V.21 di atas dijelaskan bahwa responden menjadi peserta JKN merasa kesehatan menjadi lebih baik, dari respon peserta BPJS Kesehatan sangat positif sebesar 86% setuju dari total responden. Di Negara Indonesia telah diamanatkan dalam UUD 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.

V.4.3.3. Karakteristik jawaban responden tentang pelayanan pengobatan menjadi baik dengan menjadi peserta JKN

Karakteristik jawaban responden tentang pelayanan pengobatan menjadi baik dengan menjadi peserta JKN dijelaskan dalam tabel V.22 adalah :

Tabel V.22
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Tentang Pelayanan Pengobatan Menjadi Baik Menjadi Peserta JKN

No	Pelayanan Pengobatan Menjadi Baik Dengan Menjadi Peserta JKN	n	Persentasi
1	Sangat Tidak Setuju	-	-
2	Tidak Setuju	5	5.0
3	Setuju	83	83.0
4	Sangat Setuju	12	12.0
Total		100	100.0

Sumber: *Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian*

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa jawaban responden tentang pelayanan pengobatan menjadi baik dengan menjadi peserta JKN Tidak Setuju sebanyak 5 orang (5.0%) Setuju sebanyak 83 (83.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 12 orang (12.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait dengan pelayanan pengobatan menjadi baik dengan menjadi peserta JKN.

$$\begin{aligned}\text{Indeks} &= (0 \times 1) + (5 \times 2) + (83 \times 3) + (12 \times 4) / 100 \\ &= 0 + 10 + 249 + 48 / 100 \\ &= 307 / 100 \\ &= 3.07\end{aligned}$$

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan pelayanan pengobatan menjadi baik dengan menjadi peserta JKN sebesar 3.07 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan menjadi peserta JKN pengobatan ketika sakit menjadi lebih baik.

Dari tabel V.22 dijelaskan bahwa dengan ikut JKN pengobatan ketika sakit menjadi baik, dari respon peserta BPJS Kesehatan sangat positif sebesar 83% setuju dari total responden. Dan dari Jaminan Kesehatan Nasional ada beberapa jenis pelayanan kesehatan yang dijamin dan tidak dijamin antara lain dijelaskan dalam Perpres No. 111 Tahun 2013 adalah sebagai berikut :

Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup: (1) Administrasi pelayanan. (2) Pelayanan promotif dan preventif. (3) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis. (4) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif. (5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai. (6) Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis. (7) Pemeriksaan

penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama. (8) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.

Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup: (1) Administrasi pelayanan. (2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan Subspesialis. (3) Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis. (4) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai. (5) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis. (6) Rehabilitasi medis. (7) Pelayanan darah. (8) Pelayanan kedokteran forensik klinik. (9) Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan. (10) Perawatan inap non intensif dan (11) perawatan inap di ruang intensif.

V.4.3.4. Karakteristik jawaban responden tentang pembiayaan kesehatan menjadi ringan dengan menjadi peserta JKN

Karakteristik jawaban responden tentang pembiayaan kesehatan menjadi ringan dengan menjadi peserta JKN dijelaskan dalam tabel V.23 adalah :

Tabel V.23
Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Tentang
Pembiayaan Kesehatan Menjadi Ringan Menjadi Peserta JKN

No	Pembiayaan Kesehatan Menjadi Ringan Dengan Menjadi Peserta JKN	n	Persentasi
1	Sangat Tidak Setuju	-	-
2	Tidak Setuju	6	6.0
3	Setuju	74	74.0
4	Sangat Setuju	20	20.0
Total		100	100.0

Sumber: *Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian*

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa jawaban responden tentang pembiayaan kesehatan menjadi ringan dengan menjadi peserta JKN Tidak Setuju sebanyak 6 orang (6.0%) Setuju sebanyak 74 orang (74.0%) dan yang Sangat Setuju sebanyak 20 orang (20.0%).

Berdasarkan tabel diatas mengenai aspek ini juga dapat diperkuat dengan analisis indeks terkait dengan pembiayaan kesehatan menjadi ringan dengan menjadi peserta JKN.

$$\text{Indeks} = (0 \times 1) + (6 \times 2) + (74 \times 3) + (20 \times 4) / 100$$

$$= 0 + 12 + 222 + 80 / 100$$

$$= 314 / 100$$

$$= 3.14$$

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan pembiayaan kesehatan menjadi ringan dengan menjadi peserta JKN sebesar 3.14 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat

memiliki persepsi dengan ikut JKN biaya ketika sakit menjadi lebih ringan.

Dari tabel V.23 dijelaskan bahwa dengan ikut JKN biaya ketika sakit menjadi ringan, Ketika peserta BPJS Kesehatan datang berobat ke faskes I maka tidak dipungut biaya apapun, apabila peserta BPJS memenuhi persyaratan yang berlaku. Dan apabila peserta BPJS melakukan perawatan ketingkat faskes II dan peserta tersebut sudah memenuhi prosedur yang sudah ditetapkan maka akan mendapatkan keringan biaya pengobatan kesehatan.

V.4.3.4. Outcome JKN

Karakteristik berdasarkan outcome JKN dijelaskan dalam tabel V.24 adalah :

Tabel V.24
Ringkasan Variabel Outcome JKN

No	Indikator	Nilai Indeks	Ket
1	Terjaminnya kesehatan menjadi peserta JKN	3.04	Baik
2	Kesehatan lebih baik menjadi peserta JKN	3.00	Baik
3	Pelayanan pengobatan menjadi baik menjadi peserta JKN	3.07	Baik
4	Pembiayaan kesehatan menjadi ringan menjadi peserta JKN	3.14	Baik
Nilai Indeks Rata-Rata		3.06	Baik

Sumber: Data Diolah Peneliti Hasil Penelitian

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan sebagai berikut :

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan terjaminnya kesehatan dengan menjadi peserta JKN sebesar 3,04 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan menjadi peserta JKN merasa kesehatan terjamin.

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan kesehatan lebih baik dengan menjadi peserta JKN sebesar 3.00 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi bahwa dengan menjadi peserta JKN merasa kesehatan menjadi lebih baik.

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan pelayanan pengobatan menjadi baik dengan menjadi peserta JKN sebesar 3.07 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan menjadi peserta JKN pengobatan ketika sakit menjadi lebih baik.

Berdasarkan hasil indeks diatas terkait dengan pembiayaan kesehatan menjadi ringan dengan menjadi peserta JKN sebesar 3.14 masuk dalam kategori baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan ikut JKN biaya ketika sakit menjadi lebih ringan.

Dari penjelasan diatas, respon peserta BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul terhadap outcome JKN sangat positif, dari nilai indek

rata-rata indikator yang ada pada tabel V.24 sebesar 3.06 masuk kedalam kategori Baik. Nilai ini dapat diartikan bahwa masyarakat memiliki persepsi dengan menjadi peserta JKN mempunyai manfaat dalam pelayanan pengobatan dan meringankan pembiayaan kesehatan.