

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BPJS KESEHATAN DI KOTA SURABAYA

(Studi Tentang Kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan Dalam Mengakses Pelayanan Kesehatan)

Oleh:

Masadib Akmal Vyandri
Universitas Wiraraja, Sumenep

Abstract

BPJS health targets for member PBI provide convenience for participants in accessing health services financed by the government, the principle of prudence sustainable BPJS transparency in financial management. The purpose of this study is to describe, analyze and Interpret the implementation of Program Policy BPJS using a model approach to the implementation of policies of George Edward III and Develop policy model in implementation program is effective and efficient BPJS appropriate purpose to provide health services to poor people in Surabaya. This research was conducted using qualitative method. Implementation begins with socialization to the provider of health services such as health centers and hospitals. Financing members funded by PBI budget Surabaya Surabaya Government through the budget to the health budget. Membership data collection continued through cooperation between Bapemas and the Department of Health to add and remove members of PBI budget Surabaya. Health Department will continue its coordination and supervision of health care providers and handles complaints from members of PBI.

Keywords: *health care, Implementation, Poverty, BPJS, Surabaya*

Latar Belakang Masalah

BPJS merupakan badan hukum dengan tujuan yaitu mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan untuk terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam penyelenggaraannya BPJS ini terbagi menjadi dua yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan. Dengan ditetapkannya BPJS dua anomali penyelenggaraan jaminan sosial Indonesia yang bertentangan dengan prinsip-prinsip universal penyelenggaraan jaminan sosial di dunia akan diakhiri. Pertama, Negara tidak lagi mengumpulkan laba dari iuran wajib Negara yang dipungut oleh badan usaha miliknya, melainkan ke depan Negara bertanggungjawab atas pemenuhan hak konstitusional rakyat atas jaminan sosial. Kedua, jaminan sosial Indonesia resmi keluar dari penyelenggaraan oleh badan privat menjadi pengelolaan oleh badan publik. Pelayanan kesehatan BPJS mempunyai sasaran didalam pelaksanaan akan adanya sustainabilitas operasional dengan memberi manfaat kepada semua yang terlibat dalam BPJS, pemenuhan kebutuhan medik peserta, dan kehati-hatian serta transparansi dalam pengelolaan keuangan BPJS. Perlu perhatian lebih mendalam dalam pelaksanaan terhadap system pelayanan kesehatan (*Health Care Delivery System*), sistem pembayaran (*Health Care Payment System*) dan system mutu pelayanan kesehatan (*Health Care Quality System*). Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dapat diambil rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana proses implementasi kebijakan BPJS Kesehatan untuk anggota PBI Jaminan Kesehatan di Kota Surabaya?
2. Bagaimana model implementasi kebijakan BPJS Kesehatan untuk anggota PBI Jaminan Kesehatan di Kota Surabaya?

Landasan Teoretik Kebijakan Pulik

Dalam mengadakan penelitian implementasi kebijakan publik terlebih dahulu memahami tentang kebijakan. Pendefinisian mengenai kebijakan diperlukan agar kita dapat menjaga kejelasan pemikiran kita dalam pembahasan selanjutnya. Kebijakan adalah salah satu konsep dalam ilmu politik (Miriam Budiardjo,2009). Kebijakan (*policy*) adalah suatu kumpulan keputusan yang diambil oleh seorang pelaku atau kelompok politik, dalam usaha memilih tujuan dan cara untuk mencapai tujuan itu. Pada prinsipnya, pihak yang membuat kebijakan-kebijakan itu mempunyai kekuasaan untuk melaksanakan. Proses pembuatan kebijakan publik merupakan suatu konsep yang kompleks karena melibatkan banyak alur proses.

Implementasi kebijakan menurut Van Mater dan Van Horn dalam Abdul Wahab (2005) memberikan pernyataan bahwa "*policy implementation encompassed those actions by public and private individuals (and group) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decisions*". Hal ini memberikan gambaran bahwa implementasi kebijakan merupakan tindakan yang dilaksanakan oleh individu-individu dan kelompok-kelompok, pemerintah dan swasta yang diarahkan pada pencapaian tujuan dan sasaran yang menjadi prioritas keputusan kebijakan. Proses implementasi setidak-tidaknya memiliki 4 (empat) elemen yaitu : 1). Pembentukan unit organisasi baru dan staf pelaksana, 2). Penjabaran tujuan kebijakan dalam berbagai aturan pelaksanaan dan pedoman pelaksanaan (*standard operating procedures/SOP*). 3) Koordinasi berbagai sumber dan pengeluaran kepada kelompok sasaran, pembagian tugas di antara dinas-dinas/badan pelaksana, 4). Pengalokasian sumber-sumber daya untuk mencapai tujuan. Dengan demikian, keempat elemen ini harus dicermati dalam memformulasikan kebijakan (*policy making*), karena proses kebijakan merupakan daur/sirkulus yang tidak akan pernah berakhir.

Model - Model Implementasi Kebijakan

Subarsono (2005) menyebutkan beberapa teoritis implementasi kebijakan yang menyebutkan berbagai macam variabel implementasi, mereka itu antara lain George C. Edwards III, Merilee S. Grindle, Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier, Donald Van Meter dan Carl Van Horn, Cheema dan Rondinelli, dan David L. Weimer dan Aidan R. Vining. Menurut Edwards III (1980), implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu (1) komunikasi, (2) sumber daya, (3) disposisi, dan (4) struktur birokrasi.

Menurut Edwards (1980) komunikasi harus ditransmisikan kepada personel yang tepat, dan harus jelas, akurat serta konsisten Edwards III menyatakan: "*Orders to implement policies must be transmitted to the appropriate personnel, and they must be clear accurate, and consistent*". Dalam hal ini Edwards menjelaskan, bahwa jika pembuat keputusan/*decision maker* berharap agar implementasi kebijakan sesuai dengan yang dikehendakinya, maka ia harus memberikan informasi secara tepat.

Mengenai sumber daya, Edwards III (1980) menjelaskan bahwa hal yang diperlukan agar implementasi berjalan efektif adalah:

Important resources include staff of the proper size and with the necessary expertise; relevant and adequate information on how to implement policies and on the compliance of others involved in implementation; the authority to ensure that policies are carried out as they are intended; and facilities (including buildings, equipment, land, and supplies) in which or with which to provide services.

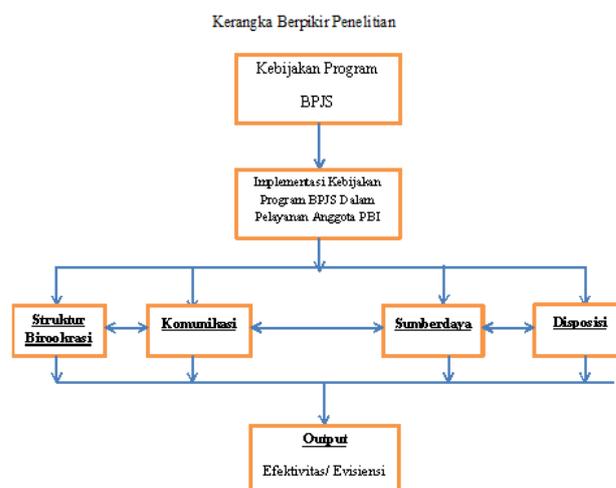
Tanpa memandang seberapa pun jelas dan konsistennya perintah implementasi dan seberapa pun akuratnya perintah tersebut ditransmisikan, jika implementor yang mengimplementasikan kebijakan kekurangan sumber daya, maka implementasi tidak akan

efektif. Sumber daya yang dimaksud oleh Edwards, sebagaimana disebutkan di atas meliputi staff, informasi, otoritas, dan fasilitas.

Selain komunikasi dan sumber daya, Edwards III memandang disposisi dari implementor sebagai faktor yang penting. Edwards III (1980) menyatakan: *“If implementors are well-disposed toward a particular policy, they are more likely to carry it out as the original decisionmakers intended. But when implementors’ attitudes or perspectives differ from the decisionmakers’, the process of implementing a policy becomes infinitely more complicated”*. Dalam hal ini Edwards III menekankan bahwa sikap atau disposisi merupakan hal yang krusial karena jika implementor kebijakan memiliki disposisi yang berlawanan dengan arah kebijakan, maka perspektif ini juga dapat mengakibatkan ketidaksesuaian antara tujuan kebijakan yang sesungguhnya dengan implementasi kebijakan di lapangan.

Faktor berikutnya yang dikemukakan Edwards adalah struktur birokrasi. Edwards III (1980) menyatakan bahwa dua sub variabel yang memberikan pengaruh besar pada birokrasi adalah *Standard Operating Procedures (SOP)* dan fragmentasi. Mengenai SOP, Edwards III (1980) menjelaskannya sebagai: *“The former develop as internal responses to the limited time and resources of implementors and the desire for uniformity in the operation of complex and widely dispersed organizations; they often remain in force due to bureaucratic inertia”*.

SOP merupakan respon yang timbul dari implementor untuk menjawab tuntutan-tuntutan pekerjaan karena kurangnya waktu dan sumber daya serta kemauan adanya keseragaman dalam operasi organisasi yang kompleks. SOP ini sering kita jumpai dalam pelayanan masyarakat pada organisasi-organisasi pelayanan publik.



Jenis dan Pendekatan Penelitian

Moleong (2002) metode penelitian kualitatif adalah prosedural penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang perilaku yang dapat diamati. Metode kualitatif dikembangkan untuk mengkaji kehidupan manusia dalam kasus terbatas, kaulistik sifatnya, namun mendalam dan menyeluruh, dalam arti tidak mengenal pemilahan-pemilahan gejala secara konseptual ke dalam aspek-aspeknya yang eksekutif yang dikenal dengan variable.

Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur. Oleh karena penelitian ini adalah penelitian kualitatif yang memungkinkan untuk mendapat lokasi penelitian yang berbeda-beda tergantung pada objek pencahariannya, maka lokasi penelitian ini akan ditetapkan pada tempat tertentu meskipun juga setelah di lapangan akan berkembang lokasi lain sebagai lokasi tersebut.

Penelitian ini memakai pendekatan studi kasus yang mempunyai langkah-langkah sebagai berikut:

1. Oservasi, wawancara dan dokumentasi
2. Pengumpulan data, terdapat beberapa teknik dalam pengumpulan data tetap lebih dipakai dalam penelitian kasus, serta dapat mengumpulkan data yang berbeda secara bersama
3. Analisis data, setelah data terkumpul peneliti dapat mulai mengagregasi, mengorganisasi dan mengklasifikasi data menjadi unit-unit yang dapat dikelola. Agregasi merupakan proses megabstraksikan menjadi hal-hal mum guna menggunakan pola umum data.

Fokus Penelitian dan Deskripsi Fokus

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode wawancara dengan pendekatan kualitatif. Secara garis besar penelitian ini lebih berorientasi pada upaya untuk mengevaluasi sampai sejauh mana implementasi kebijakan Program BPJS. Dalam konteks penelitian ini kajian difokuskan pada pelaksanaan suatu kebijakan.

Penelitian ini untuk meneliti implementasi BPJS Kesehatan di Surabaya. Dengan pembatasan implementasi pelayanan BPJS Kesehatan untuk peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dengan menggunakan teori dari George Edwards III yang terdiri dari komunikasi, birokrasi, sumber daya, dan disposisi.

Untuk pengumpulan data dengan menggunakan wawancara, maka dibutuhkan sumber data atau informan yang mengetahui benar tentang Program BPJS, mereka adalah narasumber atau pakar yang berkompeten dan berasal dari berbagai instansi baik Dinas Kesehatan, IDI, BPJS Kota Surabaya, Badan Pemberdayaan Masyarakat, serta masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan BPJS.

Teknik Analisis Data

Menurut Prasetya Irawan (2006) analisa data dalam penelitian kualitatif bersifat induktif (*grounded*). Peneliti membangun kesimpulan penelitiannya dengan cara "mengabstraksikan" data-data empiris yang dikumpulkannya dari lapangan, dan mencari pola-pola yang terdapat di dalam data-data tersebut.

Setelah diperoleh data dari proses penyusunan data dan tinjauan literatur serta hasil wawancara maka langkah berikutnya adalah analisis data. Penelitian kualitatif menafsirkan data yang berkenaan dengan fakta, keadaan, dan fenomena yang terjadi saat penelitian berlangsung dan menyajikan keadaan yang sebenarnya. Bentuk yang diamati bisa merupakan sikap, pandangan dan penilaian terhadap sesuatu topik atau fenomena yang yang terjadi pada saat ini, pertentangan dua kondisi atau lebih (komparatif), pengaruh terhadap suatu kondisi, atau perbedaan-perbedaan antar fakta.

Pembahasan

Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu Sebagai anggota PBI

Target dari keanggotaan PBI Surabaya adalah masyarakat fakir miskin. Oleh karena itu diperlukan adanya standard masyarakat miskin untuk mendata masyarakat miskin di Surabaya. Keputusan Menteri Sosial Nomor 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu ini dibuat untuk memudahkan bagi para pelaksana di lapangan. Keputusan Menteri Sosial tentang penetapan kriteria dan

pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu ini berisikan tentang Kategori fakir miskin dan orang tidak mampu meliputi: a. fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister; dan b. fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister. Fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister tersebut berasal dari Rumah Tangga memiliki kriteria:

- a. tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar;
- b. mempunyai pengeluaran sebagian besar digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sangat sederhana;
- c. tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali Puskesmas atau yang disubsidi pemerintah;
- d. tidak mampu membeli pakaian satu kali dalam satu tahun untuk setiap anggota rumah tangga;
- e. mempunyai kemampuan hanya menyekolahkan anaknya sampai jenjang pendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama;
- f. mempunyai dinding rumah terbuat dari bambu/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah usang/berlumut atau tembok tidak diplester;
- g. kondisi lantai terbuat dari tanah atau kayu/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah;
- h. atap terbuat dari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah;
- i. mempunyai penerangan bangunan tempat tinggal bukan dari listrik atau listrik tanpa meteran;
- j. luas lantai rumah kecil kurang dari 8 m²/orang; dan
- k. mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindung/air sungai/air hujan/lainnya.

Selanjutnya bagi fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister terdiri atas: a). gelandangan; b). Pengemis; c). perseorangan dari Komunitas Adat Terpencil; d). perempuan rawan sosial ekonomi; e). korban tindak kekerasan; f). pekerja migran bermasalah sosial; g). masyarakat miskin akibat bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat sampai dengan 1 (satu) tahun setelah kejadian bencana; h). perseorangan penerima manfaat Lembaga Kesejahteraan Sosial; i). penghuni Rumah Tahanan/Lembaga Pemasarakatan; j). penderita Thalassaemia Mayor; k). penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI).

Komunikasi

Dalam implementasi kebijakan perlu adanya komunikasi. Baik komunikasi antar para implementor, birokrat dan target kebijakan. Dalam implementasi, sosialisasi adalah salah bentuk komunikasi yang ditujukan kepada target kebijakannya. Sasaran sosialisasi Program JKN meliputi: 1) Manajemen Rumah Sakit, 2) Penyedia Layanan Kesehatan, dan Tentunya Masyarakat sebagai anggota PBI yang memerlukan pelayanan pemeliharaan kesehatan yang layak. Dalam tahap sosialisasi untuk calon PBI. Sosialisasi kepada rumah sakit, puskesmas, dan setiap penyedia layanan kesehatan sangatlah penting dan yang dilaksanakan pertamakali. Karena merekalah yang kelak akan memberikan pelayanan kesehatan kepada anggota PBI. Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan hanya akan memberikan sarana dan jalan untuk mengakses pelayanan kesehatan untuk warga tidak mampu. Tetapi pihak rumah sakit, puskesmas dan setiap penyedia layanan kesehatan lah yang akan memberikan pelayanan kesehatan dalam wujud nyata. Sosialisasi dilaksanakan

dengan pemanggilan dan mengundang seluruh pihak pelayanan kesehatan yang berwenang dan akan diberikan penjelasan tentang BPJS Kesehatan dan keanggotaan PBI. Tetapi dalam pelaksanaan sosialisasi kepada pemberi layanan kesehatan, tampaknya masih ada kendala. Karena pernah ada terjadi salah satu pasien yang ditarik biaya karena naik tingkat ke faskes tingkat 2 karena dengan alasan kamar kelas 3 penuh. Ini bisa disebabkan karena kurangnya sosialisasi baik dari Dinas Kesehatan dan BPJS. Padahal pihak rumah sakit dan puskesmas tidak perlu khawatir karena pembiayaan PBI sepenuhnya ditanggung melalui APBN dan APBD. Setelah sosialisasi ke penyedia layanan kesehatan, kemudian baru sosialisasi ke masyarakat. Untuk sosialisasi ke masyarakat, Dinas Kesehatan dan BPJS saling bekerja sama untuk memberikan sosialisasi dengan cara mendatangi setiap kelurahan di Surabaya kemudian mengundang tokoh – tokoh masyarakat untuk memberikan penjelasan tentang BPJS termasuk anggota PBI, bagaimana persyaratannya, pendaftaran, pelayanan kesehatan apa yang diberikan, dll. Metode ini memang paling mudah dan mempersingkat waktu, tetapi tidak ada jaminan kalau seluruh masyarakat terutama masyarakat miskin untuk sepenuhnya tahu tentang adanya program BPJS Kesehatan. Karena ini bergantung sepenuhnya kepada kelurahan masing – masing dan tokoh masyarakat. Tidak ada jaminan kalau tokoh masyarakat akan menyebarkan tentang BPJS kepada masyarakat luas dan juga ada kekhawatiran ada yang terlewat. Selain itu, penyebaran juga tergantung pada daya tangkap. Dikhawatirkan ada tokoh masyarakat yang memiliki daya tangkap yang kurang. Oleh karena itu disinilah peran Dinas Kesehatan dan BPJS untuk memberikan sosialisasi dengan jelas dan konsisten. Agar tidak terjadi kontradiksi.

Untuk memberikan sosialisasi mengenai BPJS, Kementerian Kesehatan merilis Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Buku ini secara ringkas memuat informasi tentang JKN yang mencakup arti pentingnya skema jaminan kesehatan nasional serta mekanisme dan penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional.

Pihak Dinas Kesehatan dan BPJS juga melakukan sosialisasi dengan menggunakan media sosial dan media elektronik. Namun metode ini juga dirasa belum tepat. Masyarakat yang memiliki akses untuk media tersebut dapat menerima informasi, tetapi tidak semua masyarakat Surabaya mempunyai akses ke media sosial dan elektronik terutama masyarakat miskin. Sosialisasi seharusnya dibuat dalam bentuk himbuan, penyuluhan, dan pengumuman di berbagai tempat yang dekat dengan masyarakat, terutama di rumah sakit dan puskesmas. Tetapi pada faktanya, sampai sekarang masih ada yang tidak tahu tentang keanggotaan PBI. Ada masyarakat yang tergolong miskin tahu tentang BPJS Kesehatan, tetapi mereka tidak tahu tentang keanggotaan PBI.

Birokrasi

Tujuan dari BPJS Kesehatan untuk anggota PBI bertujuan untuk mempermudah masyarakat miskin untuk mengakses layanan kesehatan, pertama yang harus dilakukan adalah pendataan masyarakat miskin yang memang harus mendapatkan bantuan. Oleh karena itu disinilah peran Badan Pemberdayaan Masyarakat (Bapemas). Peran Bapemas dalam PBI APBD adalah pendataan masyarakat miskin di Surabaya dan selanjutnya data tersebut diserahkan di Dinas Kesehatan, dan data tersebut akan terus diupdate sebulan sekali setiap tanggal 20. Untuk pendataan, Bapemas memiliki 2 metode. Metode yang pertama adalah dengan mengumpulkan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Setiap kelurahan wajib mengirimkan SKTM warganya ke Bapemas untuk di verifikasi. Kemudian metode kedua adalah dengan cara wawancara. Masyarakat Surabaya mendatangi Kantor Bapemas untuk mengajukan pendaftaran anggota PBI. Warga harus membawa kelengkapan berupa KTP, KK, dan SKTM. Kemudian Bapemas akan mewawancarai warga tersebut dan diverifikasi dengan menggunakan software apakah termasuk kategori miskin

atau tidak. Setelah itu dikirimkan ke Dinas Kesehatan. Untuk BPJS Kesehatan dalam pelayanan untuk anggota PBI daerah di Surabaya, SOP nya menggunakan Perwali No 9 Tahun 2015 Tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Yang Dibiayai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya dan Perwali Nomor 61 Tahun 2015 Tentang Pembiayaan Program Jaminan Kesehatan Bagi Penduduk Kota Surabaya Yang Dibiayai oleh Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Surabaya. Oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya. Untuk Perwali No 9 Tahun 2015 bahwa dalam rangka pelaksanaan program Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya, telah ditetapkan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 54 Tahun 2014 tentang Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin yang dibiayai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya. Perwali ini adalah penyempurnaan mekanisme pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam rangka pelaksanaan program Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dibiayai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya agar dapat berjalan dengan baik, efektif, efisien, transparan dan akuntabel. Perwali ini bertujuan untuk jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin yang dibiayai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya adalah memberikan perlindungan dan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Surabaya. Perwali ini menegaskan bahwa Jaminan Kesehatan untuk masyarakat miskin di Surabaya akan dibiayai melalui APBD Kota Surabaya dengan membayar iuran rutin kepada BPJS Kesehatan dan pembayaran iuran Jaminan Kesehatan ini benar – benar hanya diperuntukkan untuk masyarakat yang masuk dalam kategori miskin. Dari kedua Perwali tersebut, Pemda Surabaya telah berupaya untuk mewujudkan UU No 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional, UU No 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Perpres No 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Dengan adanya desentralisasi, Pemda Surabaya telah memiliki kewenangan sendiri bagaimana Pemda Surabaya menyelenggarakan JKN untuk masyarakat Miskin di Surabaya. Dengan adanya Perwali No 9 Tahun 2015, maka masyarakat miskin Surabaya bisa mengakses pelayanan kesehatan dan dibiayai oleh Pemda melalui APBD.

Untuk anggota PBI tingkat Surabaya, faskes yang bisa mereka akses adalah faskes tingkat 3. Selevel dengan Puskesmas. Jadi anggota PBI Surabaya hanya bisa mengakses pelayanan kesehatan melalui Puskesmas. Namun anggota PBI dapat pindah faskes. Pelayanan kesehatan di Puskesmas memang terbatas. Kalau pihak Puskesmas merasa tidak mampu dan harus dipindahkan ke Rumah Sakit, maka anggota PBI dapat pindah dengan menggunakan surat rujukan berjenjang dari Puskesmas. Selain itu jika dalam kondisi darurat, anggota PBI dapat langsung dimasukkan ke dalam IGD Rumah sakit dan setelah stabil bisa dipindahkan. Anggota PBI tidak dapat naik tingkat faskes. Karena iuran premi mereka ditanggung oleh Pemerintah. Jika ada anggota PBI yang ingin naik tingkat maka harus dihapus dari keanggotaan PBI karena dirasa sudah mampu.

Sumberdaya

Keberadaan puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan sampai ditingkat Kecamatan. Untuk anggota PBI, mereka bisa mengakses faskes kelas 3 yang setara dengan puskesmas. Sampai sekarang, jumlah Puskesmas di Kota Surabaya yang bekerjasama dengan BPJS sebanyak 62 unit. Sedangkan Jumlah Penduduk Surabaya yang terdaftar PBI APBN sebanyak 410.281 jiwa, dan untuk PBI APBD Surabaya sebanyak 300.000 jiwa. Jika dijumlahkan, total masyarakat Surabaya yang dibiayai oleh Pemerintah sebanyak 710.281 jiwa. dengan kondisi tersebut menunjukkan bahwa jumlah Puskesmas di Surabaya dirasa sudah cukup. Karena paling tidak Puskesmas terhadap jumlah penduduk adalah 1:11456, dengan pengertian bahwa 1 (satu) Puskesmas melayani 11456 anggota. Dinas kesehatan telah mengupayakan pemberian pelayanan kesehatan yang maksimal

Karena salah satu prinsip dalam pelayanan publik yang baik adalah aksestbelitas, dimana setiap jenis pelayanan harus dapat dijangkau secara mudah oleh setiap pengguna pelayanan dan mengingat wialayah Surabaya cukup luas, dan jumlah puskesmas yang bekerja sama dengan BPJS cukup banyak, telah sesuai dengan anggota BPJS Kesehatan khususnya anggota PBI akan mengalami kemudahan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena sampai sekarang tidak ada keluhan tentang kurangnya jumlah puskesmas di Surabaya.PBI merupakan program bantuan kepada warga miskin untuk bisa mendaftar BPJS Kesehatan dan menggunakan layanan jaminan kesehatan sosial tanpa membayar iuran peserta bulanan, semua pembayaran telah di tanggung oleh Pemerintah setempat. Untuk PBI Pemerintah Surabaya, iuran dari PBI berasal dari anggaran Dinas Kesehatan yang sebanyak 10% dari APBD Kota Surabaya yang perbulannya dibayarkan sebanyak Rp 23.800,- perjiwa. Sebelumnya untuk PBI daerah di Surabaya sebanyak Rp 19.500,- perjiwa. Dengan menggunkan fasilitas kesehatan kelas 3 untuk anggota PBI. Informan Ibu Marisulis menyatakan:

“Dalam pembayaran premi anggota PBI, untuk PBIN maka dibayarkan melalui APBN, iuran dibayarkan setiap bulan sebanyak Rp 23.000,- per jiwa. Sedangkan untuk PBID di Surabaya, iuran premi dibayarkan melalui APBD sebesar Rp. 23.800,- per jiwa. Sebelumnya untuk PBID Surabaya iurannya Rp. 19.500,00”

Dari pernyataan ini dapat disimpulkan bahwa untuk pembayaran premi, ada 2 keanggotaan PBI. PBI APBN yang dibiayai oleh Pemerintah pusat, dan PBI APBD yang dibiayai oleh Pemerintah Daerah, dalam hal ini Pemerintah Kota Surabaya.Respon masyarakat Surabaya terutama masyarakat miskin dengan adanya BPJS Kesehatan untuk anggota PBI dinilai cukup bagus, mereka antusias karena mendapat bantuan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Selain itu banyak masyarakat miskin yang tidak menunggu didaftar tetapi aktif dalam mendaftar kan diri dan keluarga mereka.

Disposisi

Untuk anggota PBI, pada awalnya pendaftaran dilakukan oleh Pemda Surabaya melalui Bapemas, Dinas Kesehatan, dan BPJS. Badan tersebutlah yang terus mendata, mendaftarkan, dan membagi Kartu PBI untuk warga Surabaya yang berhak untuk menerima Jaminan Kesehatan Nasional. Namun untuk yang belum mendapatkan kartu PBI, masyarakat miskin tetap dapat bida mendapatkannya dengan cara mendaftar sendiri. Untuk pendaftaran sendiri, masyarakat miskin harus menyediakan fotokopi Kartu Keluarga (KK) dan Kartu Tanda Penduduk (KTP) seluruh keluarga, surat keterangan tidak mampu dari RT dan Desa/Kelurahan, dan Surat Pengantar pembuatan kartu BPJS PBI dari Pusekemas. Setelah persyaratan dokumen sudah lengkap, pergilah ke kantor Bapemas Surabaya. Pada kunjungan pertama akan diwawancarai kondisi oleh Bapemas. Untuk anggota PBI, sebenarnya juga tidak perlu mendaftarkan diri ke BPJS untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan. Warga miskin kota tetap bisa memanfaatkan program layanan kesehatan dengan menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dan Jamkesda Provinsi Jatim sharing Pemkot Surabaya.

Pernyataan Pak Heru tentang sikap pegawai dalam melayani pendataan PBI

“Dalam pendaftaran calon anggota PBI Daerah, Bapemas telah melayani dengan maksimal dan jelas.”

Pandangan sikap para pelaksana kebijakan JKN menurut informan Ibu Marisulis dari Dinas Kesehatan menjelaskan bahwa :

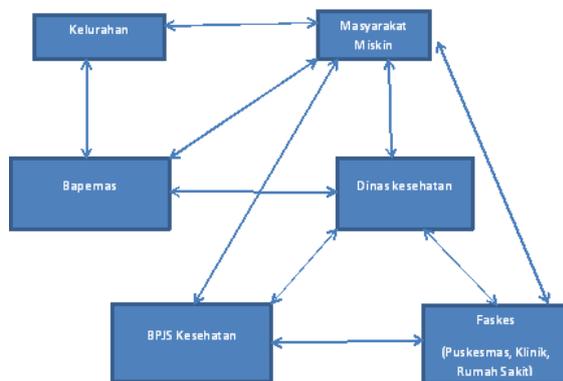
“Secara umum pelaksana operasional JKN telah berjalan dengan baik. Bapemas menyerahkan data masyarakat miskin. Kami mendaftarkan mereka ke dalam program JKN. Sosialisasi juga sudah diberikan kepada semua pemberi layanan kesehatan, dan komplain dari anggota PBI juga kami selesaikan secepatnya.”

Dapat dikatakan bahwa para pegawai baik dari pihak Dinas Kesehatan, Bapemas, dan BPJS menilai bahwa program Jaminan Kesehatan Nasional tersebut merupakan program kesehatan untuk masyarakat miskin. Dilihat dari respon agen pelaksana, sikap dari para organisasi pelaksana program jaminan kesehatan di BPJS Kesehatan Cabang Kota Surabaya untuk anggota PBI maupun organisasi pelaksana yang lain seperti Puskesmas sudah cukup baik. Dilihat dari integritas pegawai yang berpegang pada peraturan dan pedoman penyelenggaraan jaminan kesehatan. Dalam melakukan tugas pelayanan kepesertaan anggota PBI khususnya dan pelayanan jaminan kesehatan pada umumnya, tidak terdapat diskriminasi antara pasien peserta jaminan kesehatan dengan yang membayar, semua diperlakukan sama. Dan juga dalam melayani keluhan, Dinas Kesehatan telah menjalankan dan menanggapi keluhan dengan cepat dan baik. Selain itu, BPJS Kesehatan Surabaya juga telah membuka posko penanganan keluhan untuk anggota PBI, tentunya akan membantu Dinas Kesehatan untuk menangani keluhan anggota PBI. Dan anggota PBI pun juga lebih mudah jika ingin menyampaikan keluhan Yang berbeda antara anggota PBI dan mandiri hanya tingkat faskesnya. Jika anggota PBI hanya bisa mengakses tingkat 3 setara dengan puskesmas, untuk anggota mandiri tergantung dari iuran bulanan masing – masing.

Model Kebijakan

Implementasi kebijakan BPJS Kesehatan anggota PBI dimaksud didasarkan pada penentuan Peserta JKN sebagaimana diatur berdasarkan Keputusan Menteri Sosial Nomor 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu dan Keputusan Menteri Sosial Nomor 147/HUK/2013 tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang dibiayai APBD Surabaya, dimana kriteria Fakir Miskin dan Orang tidak mampu sebagaimana dimaksud menjadi dasar bagi kelurahan untuk mengumpulkan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Selanjutnya data Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang telah diverifikasi dan divalidasi tersebut, dikirim ke Badan Pemberdayaan Masyarakat (Bapemas) untuk diverifikasi terlebih dahulu. Bapemas juga memiliki peran untuk mendata sendiri warga yang ingin mendaftarkan diri ke anggota PBI. Data tersebut dimaksud menjadi dasar untuk pendaftaran ke anggota PBI. Data tersebut akan dilaporkan ke Dinas Kesehatan untuk didata apakah bisa masuk dalam keanggotaan PBI. Dinas Kesehatan lah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan Surabaya di bidang kesehatan mendaftarkan calon anggota PBI Jaminan Kesehatan yang telah ditetapkan sebagaimana dimaksud sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Dinas Kesehatan mengatur berbagai hal teknis penyelenggaraan JKN, antara lain prosedur pelayanan kesehatan, standar fasilitas kesehatan, standar tarif pelayanan, formularium obat, dan asosiasi fasilitas kesehatan.

Pemerintah Daerah Surabaya mengatur penyelenggaraan JKN untuk anggota PBI di wilayah administratifnya berdasarkan Perwali No 09 Tahun 2015. Karena Berdasarkan UU No. 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah, Pemerintah Daerah berkewajiban membangun sistem jaminan social nasional. Kewajiban ini diimplementasikan antara lain dengan menjamin ketersediaan fasilitas kesehatan, ikut membiayai iuran JKN, mengawasi penyelenggaraan JKN di wilayah kerjanya, dan menggalang dukungan masyarakat. Pendaftaran jumlah PBI Jaminan Kesehatan terus dilakukan dengan cara yang sama sampai masyarakat miskin Surabaya tercover JKN.

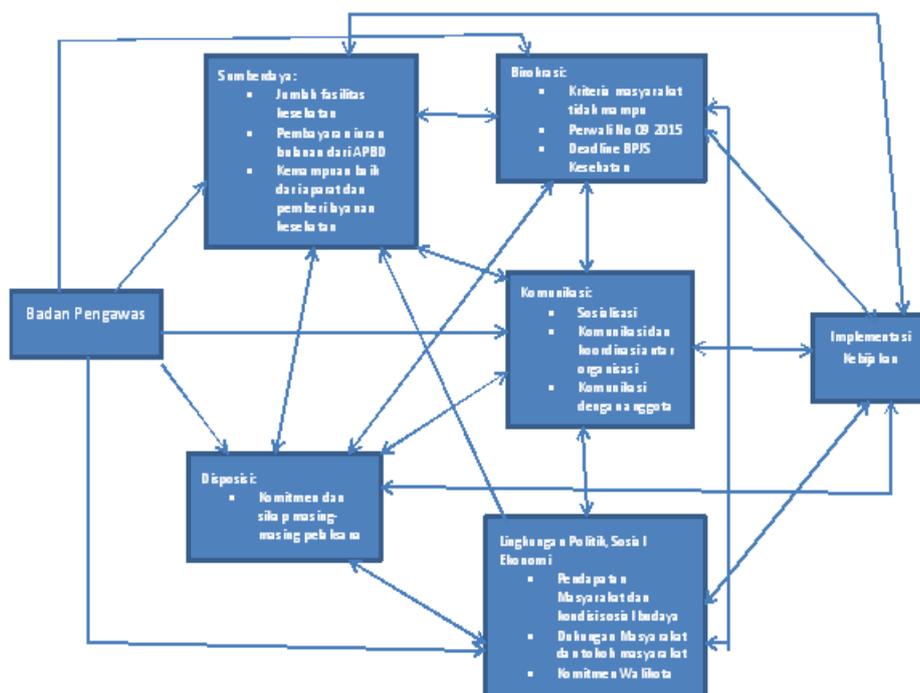


Model Kebijakan

Rekonstruksi Model

Dalam upaya untuk menyusun kembali model implementasi kebijakan BPJS Kesehatan Pelayanan Anggota PBI, peneliti menambahkan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi implementasi kebijakan. Yaitu faktor politik, sosial dan ekonomi di Surabaya. Bahwa kondisi lingkungan ekonomi, sosial dan politik suatu wilayah, bisa saja menjadi faktor kunci kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Karena kondisi ekonomi dan sosial juga mempengaruhi pelayanan anggota PBI. Salah satu kategori masyarakat miskin adalah tingkat ekonomi dan pendidikan yang rendah. Dan mengenai kondisi Politik, dukungan dari tokoh masyarakat dan masyarakat. Setiap kebijakan yang baik harus mendapat dukungan dari masyarakat kalau ingin berjalan dengan lancar. Karena kebijakan BPJS Kesehatan Pelayanan Untuk Anggota PBI ditujukan oleh masyarakat itu sendiri. Jika mendapat dukungan dari tokoh masyarakat yang memiliki pengaruh, Masyarakat awam lainnya juga akan ikut mendukung.

Gambar. Rekonstruksi Model



Kesimpulan

Dari paparan di atas, maka bagaimana implementasi Kebijakan BPJS Kesehatan Pelayanan Peserta PBI Jaminan Kesehatan dengan menggunakan model implementasi George Edward-III, berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan,

1. Pelaksanaan Program :

- a. Sosialisasi dilakukan pertama ke para pemberi pelayanan kesehatan seperti Puskesmas dan Rumah Sakit. Dinas Kesehatan menyampaikan bagaimana prosedur dan pelayanan kesehatan apa saja yang akan diberikan dan juga fasilitas kesehatan. Sosialisasi ke masyarakat dengan mendatangi mendatangi setiap kelurahan di Surabaya kemudian mengundang tokoh – tokoh masyarakat untuk memberikan penjelasan tentang BPJS termasuk anggota PBI, bagaimana persyaratannya, pendaftaran, pelayanan kesehatan apa yang diberikan, dll. Setelah itu diharapkan para tokoh masyarakat akan menyebarkannya.. Komunikasi antara pihak pelaksana program, pihak pemberi pelayanan kesehatan dengan kelompok sasaran (masyarakat umum) dilakukan kurang baik dan kurang efektif yang ditandai masih banyaknya masyarakat yang tidak mengerti BPJS Kesehatan anggota PBI.
 - b. Sumberdaya untuk implementasi kebijakan BPJS Kesehatan untuk anggota PBI dirasa sudah cukup memadai baik sumberdaya manusia pelaksana maupun sumberdaya finansial (biaya/anggaran). Jumlah Puskesmas di Surabaya sudah cukup untuk melayani anggota PBI, SDM pihak pelaksana program dan pihak pemberi pelayanan sudah cukup memadai. Sumber daya finansial yang merupakan anggaran untuk menunjang kebijakan/program ini juga telah cukup memadai karena semuanya telah didanai oleh APBD.
 - c. Disposisi atau karakteristik yang dimiliki oleh pihak pelaksana program dan pihak pemberi pelayanan sudah baik. Respon keluhan dan pelayanan baik dari Dinas Kesehatan dan Bapemas telah berkomitmen untuk melaksanakan program JKN untuk anggota PBI.
 - d. Struktur birokrasi implementasi standar operasional prosedur dalam pelayanan BPJS Kesehatan untuk anggota PBI sudah jelas. Dinyatakan dengan jelas bahwa Pemerintah Surabaya membayar iuran kepada BPJS Kesehatan dan jika belum terdaftar, maka pembyaran bisa dengan melalui jalur klaim.
2. Model implementasi kebijakan BPJS Kesehatan anggota PBI di Surabaya dengan menggunakan model implementasi kebijakan dari George Edward III, sosialisasi masih lemah terutama pada awal implementasi karena sering terjadi penolakan dan adanya ketidaktahuan. Tetapi dorongan untuk menkover masyarakat miskin dengan jaminan kesehatan telah berjalan dengan baik, sehingga penerapan model implementasi kebijakan dalam program BPJS Kesehatan untuk PBI di Surabaya perlu ditambahkan faktor lingkungan politik, sosial, dan ekonomi masyarakat.

5.2. Saran

- a. Ditingkatkannya kemudahan untuk mendaftar keanggotaan PBI, karena yang ingin mendaftar PBI harus mendaftar ke Bapemas. Pengawasan ke pihak pemberi pelayanan kesehatan harus ditingkatkan sehingga tidak ada lagi kasus penolakan pasien di rumah sakit dan puskesmas. Memperbanyak jumlah Puskesmas
- b. Dilaksanakannya manajemen yang transparan, akuntabel, responsif dan partisipatif oleh BPJS dan pihak pemberi pelayanan kesehatan di Kota Surabaya.

Daftar Pustaka

Abdul Wahab, Sholichin, 2005. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta : Bumi Aksara.

- Budiardjo, Miriam. *Dasar-dasar Ilmu Politik*, (Jakarta : PT. Gramedia Pustaka, 2009), hal.2
- Edwards III. George C. 1980. *Implementing Public Policy, Congressional Quarterly Inc. Wanshington Dc.*
- Irawan, Prasetya. 2007. "Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif untuk ilmu-ilmu Sosial, Jakarta: Departemen Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Indonesia
- Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 146/HUK/ 2013 Tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu
- Moleong, Lexy J. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya.
- Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden No 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- Peraturan Walikota Surabaya Nomor 54 Tahun 2014 tentang Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin yang dibiayai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya
- Peraturan Walikota Surabaya Nomor 9 Tahun 2015 tentang Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Yang Dibiayai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya
- Peraturan Walikota Surabaya Nomor 61 Tahun 2015 Pembiayaan Program Jaminan Kesehatan Bagi Penduduk Kota Surabaya Yang Dibiayai Oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya
- Subarsono AG. (2005) *Analisis Kebijakan Publik Konsep Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.