

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN NO.1 TAHUN 2014 TENTANG PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DI KOTA SAMARINDA

Marisah¹

ABSTRAK

Marisah, NIM 1202025181 Program studi Ilmu Pemerintahan, Jurusan Ilmu Administrasi pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Mulawarman Samarinda. Implementasi Kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Di Kota Samarinda. Di bawah bimbingan Bapak Dr. Anwar Alaydrus, S.Sos, MM. dan Ibu Dr. Rita Kala Linggi, M.Si.

Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui apakah implementasi kebijakan peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kota Samarinda telah berjalan dengan baik. Untuk mengetahui apa saja Hak peserta BPJS Kesehatan dalam Implementasi Kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kota Samarinda.

Metode penelitian menggunakan metode deskriptif kualitatif. Sumber data yang digunakan adalah dengan tehnik Purposive Sampling yaitu tehnik pengambilan sampel data dengan pertimbangan tertentu yang bersumber dari data primer dan data skunder guna memperoleh data mengenai implementasi kebijakan peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kota Samarinda.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa Kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan NO. 1 Tahun 2014 di Kota Samarinda sudah dijalankan sesuai dengan peraturan untuk memenuhi hak peserta BPJS Kesehatan akan tetapi ada hal-hal yang belum terpenuhi meskipun peserta BPJS Kesehatan telah mengikuti prosedur yang sudah ada sesuai dengan peraturan BPJS Kesehatan, hal ini di sebabkan karena terjadi kesenjangan antara cakupan manfaat yang dibeikan BPJS Kesehatan dengan biaya operasional rumah sakit untuk melakukan tindakan sehingga banyak pasien rujukan yang ditolak di rumah sakit dengan alasan kamar penuh, antrian panjang yang memakan waktu banyak dan Keterbatasan kantor pelayanan untuk pendaftaran yang jauh.

Kata kunci : Kebijakan, Peraturan, Hak Peserta BPJS Kesehatan

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Pemerintahan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Mulawarman. Email: marisahazis@gmail.com

PENDAHULUAN

Dengan ditetapkannya Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan maka bangsa Indonesia sebenarnya telah memiliki system jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam Pasal 5 Undang-Undang BPJS tersebut mengamanatkan pembentukan badan yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang harus dibentuk dengan Undang-Undang. Pada tanggal 25 November 2011, ditetapkan Undang-Undang No 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan sosial yang mulai dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014. BPJS merupakan badan hukum dengan tujuan yaitu mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan untuk terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan anggota keluarganya. Dalam penyelenggaraannya BPJS ini terbagi menjadi dua yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan.

Dengan ditetapkannya BPJS dua anomaly 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.

Peraturan BPJS No. 1 Tahun 2014 mewajibkan pemerintah untuk memberikan lima jaminan dasar bagi seluruh masyarakat Indonesia yaitu jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, kematian, pensiun, dan tunjangan hari tua. Jaminan dimaksud akan dibiayai oleh 1) perseorangan, 2) pemberi kerja, dan/atau 3) Pemerintah. Dengan demikian, Pemerintah akan mulai menerapkan kebijakan Universal Health Coverage dalam hal pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dimana sebelumnya Pemerintah (Pusat) hanya memberikan pelayanan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil dan ABRI-Polisi.

Dibentuknya Peraturan BPJS No.1 tahun 2014 untuk keperluan tata kelola penyelenggaraan jaminan sosial yang efektif bagi seluruh warga Negara Indonesia ternyata dalam implementasinya masih banyak ditemukan kendala dilapangan. Pertama, masalah pengadaan obat-obatan. Sebelum BPJS kesehatan diberlakukan, pasien diberikan obat untuk jangka waktu 30 hari. Namun setelah BPJS kesehatan diberlakukan, pasien hanya diberikan obat dalam jangka waktu 7 hari. Kedua masih banyak rumah sakit swasta yang belum bergabung pada BPJS kesehatan, terutama di daerah. Kurangnya sosialisasi menjadi penyebab utama belum bergabungnya rumah sakit swasta menjadi jejaring BPJS kesehatan.

Pelaksanaan Peraturan BPJS No.1 tahun 2014 juga masih dikeluhkan oleh masyarakat. Hal ini dikarenakan masyarakat yang masih dibebani biaya untuk pembelian obat, tes darah, dan pemeriksaan penunjang. Untuk peserta PNS obat gratis yang diberikan ternyata hanya sampai hari ke-3 dan 7, tidak sampai hari ke-

30 seperti asuransi kesehatan sebelumnya. Sedangkan untuk pelayanan rujukan, peserta harus membawa surat rujukan berulang untuk kasus yang sama.

Sistem pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS menurut Peraturan BPJS No.1 tahun 2014 merupakan salah satu program yang sangat bermanfaat bagi masyarakat. Terutama masyarakat miskin dan tidak mampu yang tergolong sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI). Namun, dalam praktik terdapat gejala sosial (*das sein*) yang tidak sesuai dengan unsur-unsur hukum yang ideal (*das sollen*). Hal tersebut dapat dilihat dari masih banyaknya pasien Penerima Bantuan Iuran yang ditolak oleh rumah sakit, karena menggunakan kartu BPJS. Peristiwa tersebut terjadi akibat belum rampungnya proses integrasi jaminan kesehatan di setiap daerah dengan BPJS Kesehatan. Padahal, pihak pemerintah pusat telah sejak awal memberi peringatan agar pihak rumah sakit maupun dokter tidak menolak pasien. Pada dasarnya untuk melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional, tentunya terjadi kolaborasi antar tenaga kesehatan yang saling berinteraksi satu sama lain dalam menangani kesehatan pasien peserta JKN.

Penerapan pada BPJS sering kali dilihat tidak sesuai dengan isi perjanjian dimana isi perjanjian tersebut adanya fasilitas kesehatan yaitu rumah sakit. BPJS kesehatan dalam melaksanakan Jaminan Kesehatan terlebih dahulu melakukan perjanjian dengan fasilitas kesehatan. perjanjian antara fasilitas kesehatan dan rumah sakit merupakan perjanjian tidak baku Sesuai dengan Pasal 1320 KUH Perdata bahwa syarat sah perjanjian adalah adanya kesepakatan, cakap, suatu hal tertentu dan kausa yang halal. Fasilitas kesehatan yang dimaksud adalah Rumah Sakit.

Pasal 10 undang-undang No 24 tahun 2011 menyebutkan bahwa BPJS memiliki beberapa tugas yaitu 1) melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta, 2) memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja, 3) menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah, 4) mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta, 5) mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial, 6) membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan 7) memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

Namun demikian pelaksanaan BPJS ini masih menemui banyak permasalahan di lapangan. Membludaknya partisipasi masyarakat belum diimbangi sistem yang memadai sehingga dilapangan banyak terjadi permasalahan. Terlebih lagi kurangnya sosialisasi oleh BPJS menyebabkan terjadinya kesimpang siuran informasi di masyarakat. Selain itu banyak sekali komplain dari peserta askes yang merasa kehilangan fasilitasnya terutama dalam proses rujukan, obat-obatan dan layanan pendukung lainnya

Berdasarkan hasil data yang didapatkan serta fenomena yang didapatkan dari beberapa sumber masyarakat pengguna BPJS, peneliti tertarik untuk mengkaji lebih mendalam tentang penerapan jaminan kesehatan masyarakat yaitu

“Implementasi Kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kota Samarinda”.

Rumusan Masalah

1. Bagaimana Implementasi Kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kota Samarinda ?
2. Bagaimana Hak peserta BPJS dalam Implementasi Kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kota Samarinda?

Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum
Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Implementasi Kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kota Samarinda.
2. Tujuan Khusus
 - a. Mengidentifikasi implementasi kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kota Samarinda.
 - b. Mengidentifikasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di Kota Samarinda.

KERANGKA DASAR TEORI

Teori dan Konsep

Pada dasarnya dalam suatu observasi ilmiah sangatlah memerlukan adanya suatu teori yang merupakan suatu alat bagi ilmu pengetahuan untuk mendapatkan suatu pegangan yang kuat telah dihubungkan dengan keadaan nyata berdasarkan pengalaman, sebab tanpa berpijak pada teori dan konsep, maka penelitian tersebut akan kabur arah dan tujuan.

Implementasi

Pengertian Implementasi

Pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dengan adanya jaringan komputerisasi menjadi lebih cepat dan tentunya dapat menghemat pengeluaran biaya. Pelayanan tersebut terjadi sudah tidak membutuhkan banyak tenaga manusia lagi melainkan yang dibutuhkan adalah manusia yang mempunyai ahli untuk mengoperasikan jaringan komputerisasi tersebut. Oleh karena itu, dalam menunjang terciptanya tertib administrasi dan peningkatan pelayanan publik, perlu didukung dengan adanya implementasi yang berorientasi pada pelayanan dan tujuan yang akan di tercapai.

Secara etimologis pengertian implementasi menurut Kamus Webster yang dikutip oleh Solichin Abdul Wahab adalah:

“Konsep implementasi berasal dari bahasa Inggris yaitu *to implement*. Dalam kamus besar Webster, *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu); dan *to give practical effect to* (untuk menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu)” (Webster dalam Wahab, 2004:64).

Kebijakan

Pengertian Kebijakan

Kebijakan adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi pedoman dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak. Istilah ini dapat diterapkan pada pemerintahan, organisasi dan kelompok sektor swasta, serta individu. Kebijakan berbeda dengan peraturan dan hukum. Jika hukum dapat memaksakan atau melarang suatu perilaku (misalnya suatu hukum yang mengharuskan pembayaran pajak penghasilan), kebijakan hanya menjadi pedoman tindakan yang paling mungkin memperoleh hasil yang diinginkan.

Kebijakan (*policy*) adalah solusi atas suatu masalah. Kebijakan seringkali tidak efektif akibat tidak cermat dalam merumuskan masalah. Dengan kata lain, kebijakan sebagai obat seringkali tidak manjur bahkan mematikan, akibat diagnosa masalah atau penyakitnya keliru (Dunn, 2003).

Kebijakan dipelajari dalam ilmu kebijakan (*policy science*), yaitu ilmu yang berorientasi kepada masalah kontekstual, multi disiplin, dan bersifat normatif, serta dirancang untuk menyoroti masalah fundamental yang sering diabaikan, yang muncul ketika warga negara dan penentu kebijakan menyesuaikan keputusannya dengan perubahan-perubahan sosial dan transformasi politik untuk melayani tujuan-tujuan demokrasi (Lasswell, HD dalam Kartodiharjo, 2009).

Konsep kebijakan yang ditawarkan oleh Anderson ini menurut Budi Winaro (2007) dianggap lebih tepat karena merumuskan perhatian pada apa yang sebenarnya dilakukan dan bukan pada apa yang diusulkan atau dimaksudkan. Selain itu, konsep ini juga membedakan secara tegas antara kebijakan (*policy*) dengan keputusan (*decision*) yang mengandung arti pemilihan diantara berbagai alternatif yang ada.

Carl J Federick sebagaimana dikutip Leo Agustino (2008) mendefinisikan kebijakan sebagai serangkaian tindakan atau kegiatan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan-hambatan (kesulitan-kesukitan) dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijaksanaan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Pendapat ini juga menunjukkan bahwa ide kebijakan melibatkan perilaku yang memiliki maksud dan tujuan merupakan bagian yang penting dari definisi kebijakan, karena bagaimanapun kebijakan harus menunjukkan apa yang

sesungguhnya dikerjakan daripada apa yang diusulkan dalam beberapa kegiatan pada suatu masalah.

Setiap kebijakan yang dicontohkan di sini adalah bersifat mengikat dan wajib dilaksanakan oleh obyek kebijakan. Contoh di atas juga memberi pengetahuan pada kita semua bahwa ruang lingkup kebijakan dapat bersifat makro, meso, dan mikro.

Implementasi Kebijakan

Menurut Purwanto dan Sulistyastuti (2012:21), “implementasi intinya adalah kegiatan untuk mendistribusikan keluaran kebijakan (*to deliver policy output*) yang dilakukan oleh para implementor kepada kelompok sasaran (*target group*) sebagai upaya untuk mewujudkan kebijakan”.

Menurut Agustino (2008:139), “implementasi merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri” Dari berbagai definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh berbagai aktor pelaksana kebijakan dengan sarana-sarana pendukung berdasarkan aturan-aturan yang telah ditetapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Konsep Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia (UU No.24 tahun 2011 tentang BPJS).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak di berikan kepada setiap orang yang membayar iur atau iurannya dibayar oleh pemerintah.(UU No.40 tahun 2004 tentang SJSN).

Kedua badan tersebut pada dasarnya mengemban misi negara untuk memenuhi hak setiap orang atas jaminan sosial dengan menyelenggarakan program jaminan yang bertujuan untuk memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Mengingat pentingnya peranan BPJS dalam menyelenggarakan program jaminan sosial dengan cakupan seluruh penduduk Indonesia, maka UU BPJS memberikan batasan fungsi, tugas dan wewenang yang jelas kepada BPJS. Dengan demikian dapat diketahui secara pasti batas-batas tanggung jawabnya dan

sekaligus dapat dijadikan sarana untuk mengukur kinerja kedua BPJS tersebut secara transparan.

Definisi Konsepsional

Implementasi Kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, dalam bentuk peraturan yang dibuat oleh pemerintah dalam pengambilan keputusan untuk melaksanakan atau tidak melaksanakan suatu layanan yang dilakukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk meningkatkan kesehatan dan memberdayakan masyarakat agar mampu memelihara, meningkatkan derajat kesehatan dan dalam rangka menyembuhkan dan memulihkan kesehatan masyarakat di lingkungan tempat tinggal masyarakat.

METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif yaitu suatu pendekatan yang juga disebut pendekatan investigasi karena biasanya peneliti mengumpulkan data dengan cara bertatap muka langsung dan berinteraksi dengan orang-orang di tempat penelitian (McMillan & Sch penelitian hukum normatif (doktrinal) dan empiris atau sosiologis berdasarkan data primer dan data sekunder. Penelitian hukum normatif-empiris adalah penelitian hukum mengenai pemberlakuan atau implementasi ketentuan hukum normatif (kodifikasi, Undang-Undang atau kontrak) secara in action pada setiap peristiwa hukum tertentu yang terjadi dalam masyarakat.

Fokus Penelitian

Fokus penelitian dalam penelitian kualitatif ini adalah peneliti ingin memahami tentang hasil implementasi dari peraturan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nomor 1 tahun 2014 tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan yang berhubungan dengan BPJS . Fokus penelitian adalah Hak peserta BPJS Kesehatan yang meliputi:

1. Mendapatkan Identitas Peserta.
2. Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama.
3. Memperoleh manfaat Jaminan Kesehatan.
4. Menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan.

Sumber Data

Dalam suatu penelitian, sumber data sangat diperlukan untuk melengkapi pendeskripsian penelitian, dimana keseluruhan data tersebut perlu penjelasan dari mana asal sumber tersebut. Sumber data penelitian ini dapat dibedakan menjadi dua, yaitu data primer dan data sekunder.

Data Primer yaitu data yang diperoleh melalui narasumber dengan cara melakukan tanya jawab langsung dan dipandu melalui pertanyaan-pertanyaan

yang sesuai dengan fokus penelitian yang telah dipersiapkan sebelumnya oleh peneliti.

Sumber data primer dalam penelitian ini diteliti atas Key Informan dan informan. Key informan penelitian ini adalah Kepala Kantor Cabang Samarinda BPJS Kesehatan, staf BPJS Kesehatan, sementara informan penelitian antara lain peserta BPJS Kesehatan yang ditentukan melalui metode Purposive Sampling karena Pertimbangannya lebih pada kemampuan sampel (informan) untuk memasok informasi selengkap mungkin kepada peneliti.

Teknik Pengumpulan Data

Skripsi ini disusun berdasarkan atas tersedianya data dan informasi yang relevan dengan masalah yang akan dibahas. Untuk mendapatkan data dan informasi mengenai suatu masalah, dalam pelaksanaan kegiatan penelitian ini digunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

1. Studi Pustaka (*Library Research*)

Riset kepustakaan dilaksanakan dengan mengumpulkan dan menelaah data sekunder, yakni data yang diperoleh melalui kegiatan studi dokumen berupa buku-buku, makalah dan peraturan perundang-undangan yang berhubungan dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

2. Studi Lapangan (*Field Research*)

Studi lapangan merupakan penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara (*interview*) yaitu sebagai usaha mengumpulkan data dengan mengajukan pertanyaan secara lisan. Wawancara diajukan kepada pegawai di kantor cabang BPJS yang bertugas mengurus Jaminan BPJS, dan peserta BPJS.

Teknik Analisa Data

Data yang diperoleh baik dari hasil studi kepustakaan dan wawancara selanjutnya diolah dengan menggunakan metode :

1. Editing, yaitu data yang diperoleh diperiksa apakah masih terdapat kekurangan serta apakah data tersebut sesuai dengan permasalahan.
2. Klasifikasi data, yaitu proses pengelompokan data sesuai dengan bidang pokok bahasan agar memudahkan dalam menganalisa data.
3. Sistematis data, yaitu melakukan penyusunan dan penempatan data pada pokok bahasan secara sistematis sehingga memudahkan pembahasan.
4. Analisis Data

Data yang diperoleh akan diolah dan dianalisis secara deskriptif kualitatif, artinya hasil penelitian ini dideskripsikan dalam bentuk penjelasan dan uraian kalimat-kalimat yang mudah dibaca dan dimengerti untuk diinterpretasikan dan ditarik kesimpulan mengenai Implementasi Kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kota Samarinda .

Menurut Miles, Huberman dan Saldana (2014:31-33) di dalam analisis data kualitatif terdapat tiga alur kegiatan yang terjadi secara bersamaan. Aktivitas

dalam analisis data yaitu : Data Condensation, Data Display, dan Conclusion Drawing/Verifications.

a. Kondensasi Data (Data Condensation)

Kondensasi data merujuk pada proses memilih, menyederhanakan, mengabstrakkan, dan atau mentransformasikan data yang mendekati keseluruhan bagian dari catatan-catatan lapangan secara tertulis, transkrip wawancara, dokumen-dokumen, dan materi-materi empiris lainnya.

b. Penyajian Data (Data Display)

Penyajian data adalah sebuah pengorganisasian, penyatuan dari informasi yang memungkinkan penyimpulan dan aksi. Penyajian data membantu dalam memahami apa yang terjadi dan untuk melakukan sesuatu, termasuk analisis yang lebih mendalam atau mengambil aksi berdasarkan pemahaman.

c. Penarikan Kesimpulan (Conclusions Drawing)

Kegiatan analisis ketiga yang penting adalah menarik kesimpulan dan verifikasi. Dari permulaan pengumpulan data, seorang penganalisis kualitatif mulai mencari arti benda-benda, mencatat keteraturan penjelasan, konfigurasi-konfigurasi yang mungkin, alur sebab-akibat, dan proposisi. Kesimpulan-kesimpulan “final” mungkin tidak muncul sampai pengumpulan data berakhir, tergantung pada besarnya kumpulan-kumpulan catatan lapangan, pengkodeannya, penyimpanan, dan metode pencarian ulang yang digunakan, kecakapan peneliti, dan tuntutan-tuntutan pemberi dana.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hak peserta BPJS kesehatan di Kota Samarinda

Hak adalah sesuatu yang mutlak menjadi milik kita dan penggunaannya tergantung kepada kita sendiri. Hak peserta BPJS adalah sesuatu yang mutlak menjadi milik peserta itu sendiri berdasarkan peraturan yang sudah ada. Berdasarkan peraturan bpjs kesehatan nomor 1 tahun 2014 tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan bagian kelima Hak dan Kewajiban Peserta Pasal 24 ialah Hak dan kewajiban setiap peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf d menjamin terselenggaranya Jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan kepada peserta. Dari hasil wawancara kepada peserta BPJS yang didapatkan jumlah jawaban yang hampir sama pernyataan yang diambil sebagai jawaban dalam penelitian tentang Implementasi Kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Kota Samarinda.

Mendapatkan Identitas Peserta

Identitas dilihat dari segi bahasa identitas berasal dari bahasa Inggris yaitu “*identity*” yang dapat diartikan ciri-ciri, tanda-tanda, atau jati diri. Dari hasil wawancara yang didapatkan tentang peserta BPJS Kesehatan mendapatkan identitas peserta bila telah mendaftarkan dari 1.531.639 warga Samarinda yang telah mendapat identitas sebagai peserta BPJS sebagian besar belum terdaftar sebagai peserta BPJS sebanyak 744.771 orang (49%), jamkesmas sebanyak

374.351 orang (24%), asuransi kesehatan sosial sebanyak 180.021 orang (12 %), jamsostek dan badan usaha baru sebanyak 181.883 orang (12 %) dan peserta mandiri atau perorangan sebanyak 31.197 orang (1 %).

Peserta BPJS yang telah mendaftar dapat memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Faskes I) adalah pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh puskesmas, klinik atau dokter umum. Disebut juga Faskes Prime. Fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak selalu berupa puskesmas, bisa klinik umum, dokter keluarga (dokter praktek swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan), balai pengobatan, dan sebagainya. Peserta BPJS Kesehatan biasanya diarahkan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yang lokasinya berada paling dekat dengan tempat tinggalnya. Hasil dari jumlah peserta yang mendapatkan pelayanan fasilitas kesehatan sebanyak 786.868 orang yang menyampaikan mendapatkan fasilitas di puskesmas sebanyak 9.812 orang (5%), klinik kpori sebanyak 1.282 orang (2%), dokter praktek 786 orang (1%). Dokter gigi 1.152 orang (1%), rumah sakit 303.135 orang (50%), apotik 289.383 orang (19%), optik 4.565 orang (4%), dan yang belum mendapatkan fasilitas kesehatan sebanyak 176.753 orang (18%)

Memperoleh manfaat jaminan kesehatan

Memiliki jaminan kesehatan dapat memperoleh manfaat yang bisa dirasakan karena jaminan kesehatan mempunyai multi manfaat, secara medis dan maupun non medis. Ia mempunyai manfaat secara komprehensif; yakni pelayanan yang diberikan bersifat paripurna mulai dari preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Seluruh pelayanan tersebut tidak dipengaruhi oleh besarnya biaya iuran bagi peserta. Promotif dan preventif yang diberikan bagi upaya kesehatan perorangan (*personal care*). Hasil dari jumlah peserta yang telah terdaftar sebanyak 786.868 orang yang memperoleh manfaat dan informasi sebanyak 605.035 orang (77%) dan tidak mendapatkan 181.833 orang (23%)

Menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan yang bekerja sama

Pengaduan adalah pemberitahuan disertai permintaan oleh pihak yang berkepentingan kepada pejabat berwenang untuk menindak menurut hukum seorang yang telah melakukan Tindak Pidana (“TP”) aduan yang merugikannya (Pasal 1 butir 25 KUHAP). Pengaduan yang bersifat khusus, hanya bisa dilakukan oleh pihak tertentu yang berkepentingan, sehingga dapat dicabut sebelum sampai ke persidangan, apabila terjadi perdamaian antara pengadu dan teradu. Jika terjadi pencabutan pengaduan, maka perkara tidak dapat diproses lagi. Hasil dari jumlah peserta yang telah terdaftar sebanyak 786.868 orang yang menyampaikan pengaduan dan direspon sebanyak 539.098 orang (77%) dan tidak mendapatkan respon sebanyak 247.779 orang (23%).

PENUTUP

Kesimpulan

Pada bagian ini Penulis akan menarik kesimpulan berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dibuat oleh penulis baik secara observasi, wawancara, dokumentasi, dan dokumen-dokumen yang memperkuat penulis dalam proses pengambilan kesimpulan.

Adapun kesimpulan dari penelitian yang berjudul Implementasi Kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Kota Samarinda adalah sebagai berikut :

1. Peserta BPJS Kesehatan mendapatkan identitas peserta bila telah mendaftar. Identitas yang diberikan kepada peserta BPJS dinilai sudah sesuai jika peserta telah mendaftarkan diri dan keluarganya di program BPJS Kesehatan. Peserta juga akan mendapatkan identitas apabila berdasarkan verifikasi data calon peserta sudah dinyatakan lengkap dan benar, maka BPJS Kesehatan menerbitkan kartu identitas Peserta Jaminan Kesehatan.
2. Peserta BPJS yang telah mendaftar dapat memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Hak peserta BPJS memperoleh fasilitas kesehatan tingkat pertama dinilai belum terpenuhi sesuai dengan kebijakan yang diatur oleh Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan NO. 1 Tahun 2014 di Kota Samarinda yaitu masih ada rumah sakit yang memulangkan pasien karena menganggap plafon yang dipakai sudah habis. Banyak peserta BPJS Kesehatan masih belum diimbangi oleh fasilitas kesehatan karena kesulitan untuk mengakses ruang rawat inap.
3. Memperoleh manfaat jaminan kesehatan. Manfaat yang diperoleh oleh peserta BPJS dinilai belum ada manfaat yang berkesan hal ini disebabkan adanya kesenjangan antara cakupan manfaat yang dibeikan BPJS dengan biaya operasional rumah sakit untuk melakukan tindakan sehingga banyak pasien rujukan yang ditolak di rumah sakit dengan alasan kamar penuh. ntrian panjang yang memakan waktu banyak. Keterbatasan kantor pelayanan untuk pendaftaran yang jauh.
4. Menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan yang bekerja sama. Pengaduan yang dilakukan oleh peserta BPJS terhadap fasilitas kesehatan dianggap belum terpenuhi sepenuhnya yaitu dari hasil yang didapatkan pengaduan yang diajukan tetap diterima oleh ihak BPJS namun tidak direspon dengan baik atau pada saat mengklaim tidak dilakukan proses dengan baik.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan, maka dapat disarankan sebagai berikut :

1. BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan Jaminan Kesehatan disarankan memberikan informasi secara jelas, lengkap dan mencukupi kepada peserta maupun calon peserta BPJS terkait dengan hak dan kewajiban para pihak, prosedur penggunaan kartu BPJS di fasilitas kesehatan dan hal apa saja yang ditanggung dan tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Pemberian informasi tersebut harus disesuaikan dengan keadaan, kondisi dan pendidikan peserta maupun calon peserta BPJS agar tidak terjadi kesalahpahaman.
2. Bagi Pemerintah hendaknya lebih menggalakkan upaya sosialisasi program BPJS melalui instansi terkait kepada masyarakat luas.
3. Bagi petugas diharapkan untuk lebih meningkatkan kinerja, melayani dengan hati, profesional, bertanggung jawab dan amanah.

Daftar Pustaka

Sumber Buku

- Agustino, Leo. 2006. Dasar - Dasar Kebijakan Publik. Bandung: CV. Alfabeta.
- Dunn, William N. 2003. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Subarsono, AG. 2005. *Analisis Kebijakan Publik:Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
- Suharno. 2010. Marketing in Practice. edisi pertama, penerbit Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Winarno, Budi. 2007. *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta : Media Pressindo.

Doukumen-Dokumen

- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang “Sistem Jaminan Sosial Nasional”.
- Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang “Badan Penyelenggara Jaminan Sosial”.
- Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang “Penyelenggara jaminan kesehatan”.

Sumber Internet

- https://id.wikipedia.org/wiki/Badan_Penyelenggara_Jaminan_Sosial
- <http://www.eduarticles.com/ implementasi>
- <http://www.bpjs-kesehatan.go.id>